

Pasientmobilitet i Helse Sør-Øst

*Et bilde av pasientaktivitet i Medisinsk klinikk,
Oslo universitetssykehus HF etter innføringen av
sykehusområder i Helse Sør-Øst*

Grete Syrdal



Masteroppgave i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

15.11.2013

Pasientmobilitet i Helse Sør-Øst

Et bilde av pasientaktivitet i Medisinsk klinikk ved Oslo universitetssykehus HF etter innføringen av sykehusområder i Helse Sør-Øst.

Masteroppgave i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

© Grete Syrdal

År: 2013

Tittel: Pasientmobilitet i Helse Sør-Øst - Et bilde av pasientaktivitet i Medisinsk klinikk ved Oslo universitetssykehus HF etter innføringen av sykehusområder i Helse Sør-Øst

Forfatter: Grete Syrdal

<http://www.duo.uio.no/>

Sammendrag

Formålet med oppgaven er å undersøke pasientstrømmene i Helse Sør-Øst og hvordan disse arter seg i forhold til Hovedstadsprosessens målsetning om egendekning av spesialisthelsetjenester i de fem sykehusområdene. Funnene er vurdert i forhold til den økonomiske fordelingsmodellen og utfordringer knyttet til funksjons- og oppgavefordeling i regionen og innad i Oslo sykehusområde. Funnene er videre satt inn i konteksten av politisk utvikling og innføringen av økonomiske virkemidler for spesialisthelsetjenesten

Metodisk sett er aktivitetsdata samlet fra Norsk pasientregister, ledelsesinformasjonssystemer ved Oslo universitetssykehus HF og fra en aktivitetsregistrering gjort i Medisinsk klinikk høsten 2012. I tillegg er ulike offentlige styringsdokumenter gjennomgått.

Oppgaven viser beskjeden mobilitet mellom helseregionene. Det er også begrenset mobilitet mellom sykehusområdene i Helse Sør-Øst med unntak av til Oslo sykehusområde ved Oslo universitetssykehus HF. Sykehusområdenes egendekning er med unntak av Sørlandet sykehusområde i det laveste sjiktet av målsetningen om 80-90%. Blant pasienter behandlet ved Oslo universitetssykehus HF dominerer pasienter fra Akershus, deretter pasienter fra Østfold, Hedmark, Oppland, Buskerud og Vestfold. Mobilitet til Oslo avtar med geografisk avstand.

Den lokale kartleggingen viser at en betydelig andel pasienter behandlet i klinikken ikke har Oslo universitetssykehus HF som lokalsykehus. Mangel på kompetanse ved de øvrige sykehusene ble oppfattet som hovedårsak til dette. Av oppgaven fremkommer det at vesentlig flere pasienter fra andre områdesykehus behandles ved sykehuset enn de nasjonale og regionale pasientforløpene tilsier. Det fremkommer videre at det mangler systematiske styringsdata på årsaksforhold til pasientmobilitet.

Oppgave og funksjonsfordelingsarbeidet innad i Oslo sykehusområde er forsinket i forhold til målsetningen fra Helse Sør-Øst. Disse virker å være motivert i kapasitetsutfordringer i Oslo universitetssykehus HF og i et strategisk valg om å utvikle sykehuset som et høyspesialisert akuttisykehus.

Målsetningen om at finansieringsmodellen skal legge til rette for en forutsigbar, transparent og rettferdig fordeling av inntekter ansees ikke som oppfylt hva gjelder Oslo sykehusområde. Budsjetttildelinger til det enkelte sykehus i dette området tar ikke utgangspunkt i inntektsfordelingsmodellen, men i historiske data.

Forord

Jeg ønsker å takke min veileder Terje P. Hagen, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi for å ha vist stor interesse i oppgaven og for konstruktive innspill i innspurten av skrivingen.

Stor takk rettes også til John Willy Haukeland, biveileder og kollega ved Gastromedisinsk avdeling i Medisinsk klinikk for tillit, motivasjon og tid. Det har vært verdifulle diskusjoner og tilbakemeldinger underveis i prosessen.

Takk også til mine ledere i Medisinsk klinikk som har gitt meg mulighet til å delta ved masterstudiet.

Høvik, 15.11.13

Grete Syrdal

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	3
FORORD	4
1.0 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
2.0 AVGRENSNING OG METODE	7
3.0 OPPGAVENS OPPBYGGING.....	8
4.0 HELSE I ET MARKEDSPERSPEKTIV.....	9
4.1 POLITISK TILBAKEBLIKK – OM MÅL OG RESULTATSTYRING.....	9
4.2 MARKEDSIMPERFEKSJONISMER I SPESIALISTHELSETJENESTEN	10
4.3 INNSATSSSTYRT FINANSIERING.....	12
4.4 EIERSKAPSREFORMEN OG HOVEDSTADSPROSESSEN	13
4.5 FRITT SYKEHUSVALG.....	14
5.0 FUNKSJONS-OG OPPGAVEFORDELING I HELSE SØR-ØST	17
5.1 REGIONALT	17
5.2 OSLO SYKEHUSOMRÅDE.....	18
6.0 INNTEKTSMODELLEN I HELSE SØR ØST	21
6.1 REGIONALT I HELSE SØR-ØST.....	21
6.2 OSLO SYKEHUSOMRÅDE.....	22
6.3 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF.....	23
7.0 PASIENTSTRØMMENE.....	25
7.1 HELSEREGIONENE.....	25
7.2 HELSE SØR-ØST – SYKEHUSOMRÅDER OG EGENDEKNING	29
7.3 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF.....	30
7.4 PASIENTAKTIVITET I MEDISINSK KLINIKK VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	33
7.4.1 Metode.....	33
7.4.2 Kartleggingsresultater døgnopphold.....	36
7.4.3 Kartleggingsresultater polikliniske kontakter.....	37
7.4.4 Sykehusopphold i medisinsk klinikk - hele 2012.....	38
8.0 DISKUSJON	40
8.1 HOVEDFUNN MOBILITET OG FUNKSJONSFORDELING	40
8.1.1 Regionalt og i Helse Sør-Øst.....	40
8.1.2 Oslo sykehusområde, Oslo universitetssykehus HF og Medisinsk klinikk.....	42
8.2 HOVEDFUNN INNTEKTSFORDELINGSMODELLEN	43
8.2.1 Sykehusområdene	43
8.2.2 Oslo sykehusområde.....	44
8.3 REFLEKSJONER KNYTTET TIL ENDRET STYRINGSLOGIKK	45
8.3.1 Mål- og resultatstyring	45
8.3.2 Å bære organisasjonens grenser i egen kropp.....	46
8.3.3 Fritt sykehusvalg.....	46
8.4 REFLEKSJONER RUNDT VEIEN VIDERE	48
8.4.1 Funksjons og oppgave fordeling	48
8.4.2 Inntektsmodellen.....	48
8.4.3 Kvalitetsbasert finansiering.....	49
8.4.4 Oslo universitetssykehus HF	49
9.0 OPPSUMMERING	51

1.0 Bakgrunn for valg av tema

Som mangeårig leder ved et av de tidligere Oslo sykehusene, nå Oslo universitetssykehus, oppleves en hverdag med stor pågang av pasienter og begrensede ressurser til å møte deres behov. Ventelister, overbelegg og korridorsenger er kjente utfordringer. Listen over de mange etiske, praktiske, juridiske og ressursmessige problemstillinger ansatte daglig forholder seg til kan virke uendelig lang og mange ganger absurd. De gir uttrykk for stort krysspress mellom lojalitet til pasient, fag, yrkesetikk og arbeidsplassen.

Sykehusledelsen la høsten 2012 frem sin økonomiske langtidsplan med store kostnadskutt for hele sykehuset. De ansatte opplevde en urealistisk forventning om å yte mer med færre ressurser. Aktivitetstallene viste nemlig at sykehuset, herunder også medisinsk klinikk, behandlet for mange pasienter i henhold til budsjetterte måltall. Det var en uttalt bekymring for at pasientvolumet utfordret kvaliteten i pasientmøtene i form av færre og kortere konsultasjoner, færre samtaler, økt korridorproblematikk, brudd på taushetsplikt med mer.

Etter mottoet "Sentraliser det vi må og desentraliser det vi kan" etablerte Helse Sør-Øst i 2009 Hovedstadsprosessen og delte befolkningen inn i sykehusområder. Målet var at hvert sykehusområde skulle sikres et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å ivareta faglig kvalitet i spesialiserte funksjoner. Samtidig ble det etablert nærhet til de alminnelige spesialisthelsetjenester (1). Dette ble nærmere konkretisert ved at hvert sykehusområde skulle dekke 80-90% av spesialisthelsetjenestebehovet innen sitt befolkningsområde. En finansieringsmodell for de nye sykehusområdene ble utarbeidet. Modellen tar utgangspunkt i demografiske befolkningsdata for det enkelte sykehusområde og faktisk behandlingsaktivitet. Modellen omfatter kompensasjon for pasientmobilitet mellom sykehusområdene og for nasjonale og regionale funksjoner som ble planlagt sentralisert ved et fåtall behandlingssteder. Hovedstadsprosessens arbeid var svært tydelig på at regionale og spesialiserte områdefunksjoner skulle allokere til Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet. Medisinsk klinikk er lokalisert på Ullevål og primært dimensjonert til lokalsykehusaktivitet. Hvordan har det seg da at medisinsk klinikk, med over 90% øyeblikkelig hjelp innleggelser, stadig opplever pasienter fra andre områdesykehus i sengene og på undersøkelsesrommene? Disse pasientenes sykdomstilstand er ofte kompleks og ressurskrevende. Hvor kommer disse pasientene fra og hvorfor behandles de ikke på sitt eget områdesykehus?

Hvorfor gjenspeiles ikke Hovedstadsprosessens plan i den faktiske virkeligheten og hvilken betydning har dette for den økonomiske styringen av sykehuset?

2.0 Avgrensning og metode

Jeg velger i oppgaven å ta utgangspunkt i den somatiske spesialisthelsetjenesten og berører ikke psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering, prehospitale tjenester eller avtaler med private avtalespesialister. Dette primært fordi oppgaven springer ut av datakartleggingen gjort i Medisinsk klinikk ved Oslo universitetssykehus HF men også fordi inntektsfordelingsmodellen under arbeidet med oppgaven ikke er fullt og endelig implementert i de øvrige områdene.

Metodisk sett er aktivitetsdata fra Norsk pasientregister (NPR) hentet fra Helsedirektoratets aktivitetsgenerator. Data er innhentet for alle helseregioner de ti siste årene.

Aktivitetsdataene fra Oslo universitetssykehus HF er hentet fra sykehusets eget ledelsesinformasjonssystem (aggregerte data fra de pasientadministrative systemene).

Til slutt er funnene fra aktivitetsregistreringen i medisinsk klinikk oppsummert. Metoden for denne er nærmere beskrevet i det kapittelet.

Funnene vurderes i sammenheng med politisk utvikling og innføring av økonomiske incentiver og virkemidler i spesialisthelsetjenesten. For å beskrive de økonomiske premissene og tenkningen i offentlig sektor, har jeg tatt utgangspunkt i aktuell forskning og litteratur, rapporter, stortingsmeldinger, NOU'er og dokumenter fra den offentlige helseforvaltningen. Videre er styredokumenter, budsjettsskriv, årsmeldinger med mer i Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF i perioden 2010-2013 gjennomgått, samt relevante styrevedtak for dette.

3.0 Oppgavens oppbygging

I kapittelet om helse i et markedsperspektiv beskrives den politiske styringslogikken og noen av de konkurranse- og markedsrettede virkemidlene som er innført i nyere tid, herunder innsatsstyrt finansiering, innført i 1997 og statlig overtakelse av sykehusene og etablering av helseregioner og helseforetak gjennom "Eierskapsreformen" av 2002 og ledelsesreformen (1999). Sammen med innføringen av fritt sykehusvalg (2001) er disse reformene premissgivende for organisering av spesialisthelsetjenesten. I kapittelet beskrives også noen særtrekk ved helsetjenestene som påvirker effekten av disse.

Sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst i 2007, foranlediget omorganiseringen av spesialisthelsetjenesten i den nye helseregionen. Arbeidet ble kalt Hovedstadsprosessen. Flere helseforetak ble slått sammen og Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF etablert. Befolkningen ble inndelt i sykehusområder, noe som medførte en omfordeling av pasientstrømmene i hovedstadsområdet. 170.000 mennesker fikk endret lokalsykehistilhørighet. I dette kapittelet beskrives målsetningen med Hovedstadsprosessen. Her beskrives også store deler av oppgave- og funksjonsfordeling som så langt er planlagt i Oslo sykehusområde.

I kapittelet om inntektsmodellen Helse Sør-Øst beskrives finansieringsmodellen for spesialisthelsetjenesten og i hvilken grad denne er implementert i Oslo sykehusområde og ved Oslo universitetssykehus HF.

Jeg ser i dette kapittelet på pasientmobilitet mellom helseregionene de ti siste årene etter at fritt sykehusvalg ble innført. Videre beskrives mobilitet innad i Helse Sør-Øst, herunder grad av egendekning av spesialisthelsetjenester i hvert sykehusområde snart fem år etter hovedstadsprosessen. I kapittelet beskrives også pasientstrømmene i Oslo universitetssykehus HF, særskilt ved medisinsk klinikk.

Til slutt i oppgaven diskuteres hovedfunnene. Disse vurderes opp mot funksjonsfordeling, inntektsmodellen og den endrede styringslogikken sykehusene har måttet tilpasse seg. Avslutningsvis gjør jeg også noen refleksjoner rundt veien videre.

4.0 Helse i et markedsperspektiv

4.1 Politisk tilbakeblikk – om mål og resultatstyring

Det har de siste 30 årene skjedd store endringer i politikken og synet på hvordan velferdssamfunnets oppgaver skulle organiseres. Offentlig forvaltning har gjennomgått store endringer. 1987 vedtok regjeringen gjennom fornyelsesprogrammet “Den nye staten”, at statlige virksomheter skulle benytte mål- og resultatstyring som styringsprinsipp innen utgangen av 1990. Samtlige virksomheter skulle innføre virksomhetsplanlegging og departementene ble pålagt å formulere resultatkrav og å rapportere om resultater i fagproposisjonene (2).

Statlige selskaper som Telenor, Statoil, Postbanken med flere, ble delprivatisert som statlige heleide aksjeselskaper (3). Staten hadde som mål å øke effektiviteten og den økonomisk avkastningen ved å legge til rette for økt kapitaltilgang og internasjonal konkurranseevne. Omstillingstakten var høy med over 800 vesentlige organisasjonsendringer i statsforvaltningen siden 1990 (4). Staten kaller dette ”Mål- og resultatstyring” (2).” men endringene går også under samlebetegnelsen New Public Management. Begge begrepene har til felles at politiske valg og strategier kjennetegnes av økonomiske mekanismer med markedselementer som premiss og incentiv for beslutninger. For å beholde politisk styring brukes primært lovgivning og bevilgninger.

Spesialisthelsetjenesten opplevde i disse tiårene store premissendringer for organisering og drift. En av disse var Ledelsesreformen i 1999. Sentralt i denne var synet på ledelse som eget profesjonalisert fag, basert på generelle prinsipper overførbare til nær sagt alle bransjer. Utfordringer løses ved å samle informasjon, vurdere konsekvenser og kostnadsberegne handlingsalternativer for deretter å foreta et valg blant disse. Med andre ord; en profesjonell leder kan lede en nær sagt hvilken som helst virksomhet. Reformen operasjonaliserte disse prinsippene ved å legge enhetlig ledelse med en ansvarlig profesjonsnøytral leder i alle ledd til grunn for organiseringen av sykehusene. Fortløpende ble nye finansieringsmodeller, ny helselovgivning og behandlingsgarantier innført. Reformen som eierskapsreformen i 2002 og samhandlingsreformen i 2012 vedtas.

Utøvelsen av eierstyringen eller anklager om mangelfull sådan, har ført til kontroverser og stort press fra politisk hold og i media. Stortingets kontroll- og konstitusjonskomite har ved flere anledninger gjennomført høringer. Eksempler på dette er Handels- og næringsdepartementets rolle ved oppnevningen av styremedlemmer i Entra,

Kongsberggruppen og Telenor (5) i desember 2012, NAV i kjølvannet av Riksrevisjonens rapport om Arbeids- og velferdsetaten for budsjettåret 2008 (januar 2010).

Omstruktureringen av Helse Sør-Øst, herunder ”Hovedstadsprosessen” ble også tema for høring i Stortingets kontroll og konstitusjonskomite (mars 2012). Her var Helse- og omsorgsdepartementets eierstyring og styringsdialog i forbindelse med omstillingen ett av til sammen tre punkter på agendaen (6-8).

Innføring av ulike markedselementer, konkurranse og økonomiske incentiver i forhold til helse og velferdstjenester er utbredt. Mange europeiske og andre vestlig orienterte land har hatt en likende utvikling. I EU/EØS ansees helsetjenester som en markedsvare og er faktisk regulert av det indre tjenstedirektivet. Inkludering av helsetjenester i dette direktivet fulgte en rekke domsavsigelser i EU. Dommen fremholdt prinsippet om at frihet til å yte tjenester også innebærer frihet for tjenestemottagere til å velge tjenesteyter, herunder også medisinsk behandling (9).

Det er ingen tvil om den politiske retningen videre i Norge. I den nye Høyre og Fremskrittspartiregjerings samarbeidsplattform fra september 2013 står det:

”Regjeringen mener i utgangspunktet at produksjon av velferdstjenester skiller seg lite fra andre tjenester. Bruk av konkurranse stimulerer til verdiskaping, bedre tjenester og effektivisering. Det er derfor helt nødvendig at konkurranse blir et gjennomgående element i offentlig virksomhet. Lovfestede rettigheter til velferdstjenester, kombinert med fri etableringsrett og stykkprisfinansiering direkte til den tjenesteprodusent forbrukeren velger, kan bidra til å sikre en slik utvikling”(10).

4.2 Markedsimperfeksjoner i spesialisthelsetjenesten

Økonomisk teori er tuftet på to forutsetninger; den ene at samfunnets ønsker er ubegrensede og den andre at det er knapphet på ressurser (11). Et ikke ukjent fenomen også for velferdsgoder og for helsetjenesten. Dette innebærer at dersom noe prioriteres opp, må noe annet prioriteres ned. Teorien anvender gjerne tre betegnelser på de vanligste markedsorienterte formene for økonomi: Markedsøkonomi hvor varer og tjenester produseres gjennom vurdering av tilbuds- og etterspørsel. Sentralisert planøkonomi (kommandoøkonomi) hvor staten bestemmer hva og hvilke volum som skal produseres. Til sist blandingsøkonomi, en kombinasjon av disse. De fleste lands økonomi har kombinasjonen (11). Hvorvidt den heller til den ene eller andre retningen har

sammenheng med politisk klima og ideologi.

I offentlig sektor og i sykehusene utøves det statlige eierskapet, styringen og finansieringen på andre premisser sammenliknet med privat næringsliv. Markedet som sykehusene opererer i er preget av sterk statlig regulering av tilbud, pris og tilgang. Dette blant annet for å sikre de velferdspolitiske målsetningene om lik tilgang for alle. Slike reguleringer kalles markedsimperfeksjoner. I henhold til regjeringsplattformen har den nye regjeringen ambisjoner om å endre på noen av disse. Fremtiden vil vise effekten av det.

Et eksempel på statlig virkemiddel er tilgangsregulering i form av pasientrettigheter og fastlegeordningen. Som portvoktere selekterer fastlegen "kundemassen" og tilgangen til spesialisttjenestene. Er man uenig i eller mangler tillit til fastlegens vurdering kan man velge å oppsøke en privat aktør direkte. Da omfattes man ikke av offentlige ordninger, men må betale av egen lomme høyere takster enn ved godkjent henvisning fra fastlege. Ikke bare er pasienten avhengig av henvisning fra fastlege, men også av at sykehuset samtykker til at behandling skal gis, ved at det innvilges rett til behandling. Frist for behandling settes etter en vurdering av tilstandens alvorlighetsgrad.

Et annet eksempel på statlig regulering er begrensningene på å etablere tjenester. Det er ikke fritt frem å bli en markedsaktør eller leverandør av spesialisthelsetjenester. Offentlige avtaler reguleres og inngås pr i dag av de regionale helseforetakene (12).

Et tredje eksempel er at staten som tredjepart er finansør for tjenestene og stykkprisfinansieringen. Denne ordningen legger ikke helsepersonell og pasienter noe direkte ansvar for økonomiske konsekvenser for de behandlingsvalg som iverksettes. Stykkprisfinansiering kan dermed føre til både underbehandling og overbehandling dersom partene setter egne interesser foran medisinskfaglige vurderinger eller samfunnsmessige hensyn.

Underbehandling ved stykkprisfinansiering kan oppstå dersom sykehus ser det formålstjenlig med kort liggetid og raske utskrivelser. For eksempel dersom en innlagt pasient har to lidelser, den ene akutt og den andre av mindre akutt karakter. Det vil kunne være helsemessig forsvarlig å behandle kun det mest akutte og kalle pasienten elektivt inn på et senere tidspunkt for sin andre lidelse. Ved stykkprisfinansiering vil man dermed få to behandlingsopphold istedenfor ett. Fra pasientens ståsted, vil det gjerne være mer hensiktsmessig å undersøke og behandle begge lidelsene ved en og samme innleggelse. Overbehandling kan derimot skje ved at det settes i verk en rekke avanserte undersøkelser og behandlinger. Disse gir ikke nødvendigvis bedre diagnostikk eller prognose for

pasienten, men større uttelling på inntektssiden for sykehuset.

Når staten tar regningen som tredjepart markedsreguleres ikke prisen på samme måte som ved ordinære tilbud og etterspørselsmekanismer i et ordinært konsumentmarked.

Forbrukerens egen betalingsvilje er ikke avgjørende i prissettingen av tjenestene. Prisen man som pasient betaler (for eksempel i form av egenandeler) reguleres med utgangspunkt i velferdspolitiske mål om lik tilgang til helsetjenester for alle, og ikke i faktiske utgifter. På samme måte kan prisen sykehusene mottar være resultat av forhandlinger mellom staten som betaler og tjenesteyter (12).

Kunnskap er makt i møtet mellom helsepersonell og pasient. Møtet preges av asymmetri hva gjelder informasjon og kunnskap om sykdom, utredning og behandling. Kunnskap og informasjon om ”produktet”, altså utredning og behandling, kan ikke sammenliknes med kjøpet av vanlige forbruksvarer. Pasienten vil i mange tilfeller ikke være i stand til å fatte beslutninger på egen hånd på grunn av sykdommens omstendigheter. Helsepersonell vil derfor måtte gjøre valg på vegne av ”kunden”. Dette er forsøkt regulert i

Pasientrettighetsloven kapittel 3 (13) som sikrer pasient og pårørende informasjon og medbestemmelsesrett. For å gjøre veloverveide valg, forutsettes kvalitativt god og nøytral informasjon. I en behandler – pasient relasjon gis informasjonen av de samme interessentene som også tilbyr tjenestene. Informasjonen kan dermed farges av interessentenes vikarierende motiver. Asymmetrisk informasjon anses derfor også som en markedsimperfeksjonisme (12).

4.3 Innsatsstyrt finansiering

For å motivere til økt inntjening og reduksjon av kostnader, innføres innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997. ISF er basert på diagnose relaterte grupper (DRG) - et case-mix system med utgangspunkt i den store talls lov. Hver diagnose har en gitt DRG verdi. I 2013 er ett DRG poeng 39.600 Nok. Jo flere DRG poeng som produseres, jo høyere inntekt. Systemet motiverer til å redusere utgifter og å øke inntjeningen eksempelvis ved raske og effektive sykehusinnleggelser for å redusere liggetiden og dermed øke gjennomstrømmingen på et gitt antall senger.

Sykehusenes inntekter er todelt med en rammefinansiering del og en aktivitetsbasert del. De senere årene har fordelingen vært 60% rammefinansiering og 40% aktivitetsbasert finansiering basert på antall produserte DRG poeng. Det settes budsjetterte måltall og tak på hvor stor ISF inntekten kan være. Denne er satt for å ha kontroll over utgiftene til

sykehusene. Den nye Høyre-Fremskrittsparti regjeringen vurderer å øke ISF andelen til 50% for å stimulere til økt aktivitet.

Gjennomsnittet av ressursbruken på et stort volum pasienter med like diagnoser er normativt og danner grunnlag for budsjettering og sammenlikning av kostnadseffektivitet mellom sykehus, også kalt benchmarking. Systemet har svakheter, det er blant annet ikke sensitivt for sykehusoppholdets varighet. En diagnose utløser altså samme takst uavhengig av hvor lenge pasienten er inneliggende. DRG er dermed en dårlig indikator på ressursbehov eller ressursforbruk til enkeltpasienter. DRG systemet er følgelig uhensiktsmessig som måleparameter på små spesialiserte enheter hvor den komplekse delen av pasientgruppen med lengre liggetid er overrepresentert. DRG taksten er lik uavhengig om behandling er utført på et universitetssykehus med forsknings- undervisnings- og utdanningsforpliktelser og med en overrepresentasjon av komplekse sykdomstilfeller, eller ved et mindre sykehus med færre innslag av dette.

Driftskostnad pr liggedøgn i somatikken i 2011 var 11.865 Nok, eksklusiv kapitalkostnader (14). DRG systemet motiverer til et sterkt kostnadsfokus i pasientbehandlingen. Vridningseffekter vil kunne være omorganisering fra døgn- til dagbehandling og poliklinisk behandling. Andre effekter vil kunne være prioritering av ”lønnsomme” pasientgrupper med høy DRG avkastning og lave behandlingsutgifter og lengre ventelister for pasientgrupper med lavere DRG uttelling.

4.4 Eierskapsreformen og Hovedstadsprosessen

Ved eierskapsreformen i 2002 overtok staten eieransvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. Det ble innført 5 regionale helseforetak (Helse Sør, Helse Øst, Helse Midt, Helse Vest og Helse Nord). Det overordnede målet med inndelingen var lik tilgang til tjenester for hele landet. Sykehusene ble organiserte som egne statsforetak og rettssubjekter dog med helseforetaksloven som definerte staten som økonomisk garantist mot konkurs. Foretakene styres gjennom foretaksmøter og bestiller dokumenter. I bestiller dokumentene oppgis det flere områder som det regelmessig skal telles, måles og rapporteres på slik at departementet er á jour med hvordan de politiske målene etterlevs i virksomhetene.

Fem år etter eierskapsreformen slås Helse Sør RHF og Helse Øst RHF sammen til Helse Sør-Øst RHF. Målet var å sikre bedre ressursutnyttelse og samordning av sykehusene i hovedstadsområdet. Fusjonen skulle i tillegg føre til bedre rekruttering av helsepersonell og spesialister til andre steder i landet, samt virke styrkende for forskningen (15). Helse

Sør-Øst RHF ble et svært omfattende foretak. I 2010 hadde de spesialisthelsetjenesteansvar for 2,7 millioner mennesker, 74.000 ansatte og et budsjett på 63 milliarder kroner (16). Det ble tidlig besluttet en inndeling og organisering innad i helseregionen og syv sykehusområder oppsto: Innlandet, Akershus, Østfold, Oslo, Vestre Viken, Vestfold-Telemark og Sørlandet. Et sykehusområde kan bestå av flere lokalsykehus. Dette er i dag tilfellet for Oslo sykehusområde som består av Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Oslo universitetssykehus HF og for Sykehusområdet Vestfold og Telemark som består av Vestfold HF og Telemark HF. Samlet skal hvert sykehusområde ha en dekningsgrad på 80-90% for spesialisthelsetjenester til sitt opptaksområde.

Etableringen ga endringer i lokalsykehustilhørighet for en stor del av befolkningen i Oslo og Akershus. Den lå også til grunn for etableringen av Vestre Viken og fusjonen av Oslo sykehusene til Oslo universitetssykehus HF i 2009. Endringen er kalt Hovedstadsprosessen og er ett av tilsammen fem overordnede innsatsområder i Helse Sør-Østs omstillingsprogram (1, 17). Målet med programmet var å sikre bærekraftig utvikling av Helse Sør-Øst og bidra til at kvaliteten i tjenestene bedres i tråd med nasjonal kvalitetsstrategi (17).

Parallelt med fusjonen av Oslo sykehusene skulle lokalsykehusansvaret for 170.000 pasienter 1. januar 2011 overføres fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken. Omstillingsprosessene, herunder overføringen, var gjenstand for mye kritikk og oppmerksomhet i media og i politiske miljøer. Særlig ble det stilt spørsmålstegn ved risikovurderingen av overføringen. De ansvarlige lederne i Helse Sør-Øst, ved sykehusene Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, statsråden og en rekke andre interessenter ble innkalt til Stortingets kontroll og konstitusjonskomite (6). Det politiske presset i helse Norge økte. Med ett år igjen til neste stortingsvalg bidro dette til statsrådsskifte i Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2012, deretter utskiftning av administrerende direktør i Helse Sør-Øst.

4.5 Fritt sykehusvalg

Pasientrettighetsloven ble vedtatt av Stortinget i 1999 og retten til fritt sykehusvalg trådte i kraft i 2001. Intensjonen var å utjevne ventetiden mellom sykehus og geografiske områder. Slik skulle ressursutnyttelsen i sykehussektoren optimaliseres. Ledig kapasitet ved sykehus i en del av landet skulle kunne utnyttes av pasienter fra andre landsdeler. I tillegg skulle pasientens medbestemmelsesrett styrkes og loven skulle bidra til å sikre lik

tilgang til helsehjelp uavhengig av geografisk og organisatorisk inndeling av spesialisthelsetjenesten (18).

Forskning viser at bruk av retten til fritt sykehusvalg avhenger av sosioøkonomiske forhold, særlig relatert til utdanningsnivå. Det er vesentlig mer sannsynlig at pasienter med universitetsutdanning tar retten i bruk enn pasienter med kun grunnskoleutdanning (19). Riksrevisjonen gjorde i 2011 en forvaltningsrevisjon om fritt sykehusvalg og viser til liknende funn. De skriver i sin rapport at kjennetegn ved brukerne av ordningen er høy inntekt, høyere utdanning og tilknytning til arbeidslivet (20). Intensjonen om lik tilgang uavhengig av alder, kjønn og bosted, samt økonomisk, kulturell og språklig bakgrunn, er dermed ikke ubetinget oppfylt.

Fastleger har ikke vært opptatt av å veilede pasientene i ordningen. Riksrevisjonen finner i en spørreundersøkelse blant fastleger at nesten halvparten primært informerte om retten til fritt sykehusvalg i de tilfeller pasienten selv etterspurte denne. Dette var det færre enn hver tiende pasient som gjorde (20).

Geografisk nærhet til bosted og behandlende sykehus har vist seg avgjørende for valg av behandlingssted. Riksrevisjonen skriver at kun 4% av de som benyttet retten til fritt sykehusvalg, valgte behandling i en annen helseregion. Av de som valgte sykehus i egen region, valgte 74% offentlige sykehus og 22% private sykehus (20).

Kortere ventetid på individnivå ved aktivt bruk av fritt sykehusvalg ordningen er påvist av Ringard og Hagen (21) og av Riksrevisjonen. Sistnevntes rapport oppgir at 70% oppnådde kortere ventetid sammenliknet med ventetiden ved sitt lokale sykehus. Blant de resterende 30% hadde et flertall bevisst vektlagt kvalitet foran ventetid ved valg av sykehus (20). Det er videre sammenliknet ventetider mellom brukerne av ordningen fritt sykehusvalg og pasienter som mottok lik behandling ved sykehuset, herunder også rettighetspasienter. Denne viste ingen ulikheter i ventetid (20).

Etablering av sykehusområder i Helse Sør Øst og hovedstadsprosessen innebar omfordeling av penger og stillinger. Det var det fokus på at pasientstrømmene skulle styres i henhold til de nye geografiske inndelingene. Helse Sør-Øst la tydelige føringer på at pasienter og ditto ressurser skulle overføres fra Oslo til henholdsvis Vestre Viken og Akershus universitetssykehus HF som planlagt. Det var en uoversiktlig tid og det oppsto usikkerhet knyttet til håndtering av henvisninger. Er fastlegen ved henvisning til sykehus bevisst på de endrede sykehusområdene? Hvordan forholde seg til en henvisning fra et

annet opptaksområde enn sykehusets når det ikke eksplisitt er skrevet at det dreier som om fritt sykehusvalg?

Helse og sosialombudet i Oslo skriver i sin årsmelding for 2011 om flere tilfeller hvor både pasienter med kroniske lidelser og dialysepasienter fikk avslag ved forsøk på å benytte retten til fritt sykehusvalg ved behandling i Oslo universitetssykehus HF (22). Sykehuset begrunnet uklare retningslinjer som årsak til at regelverk ble feiltolket. Etter at Ombudet belyste problemstillingen har sykehuset gjennomgått praksisen. I sykehusets egen konsernrevisjon i 2011 påpekes en rekke administrative feil i håndtering av henvisninger og rettighetsvurderinger i det pasientadministrative arbeidet (23). Disse er nå utbedret og “Gjennomføringsprosjektets” sluttrapport behandlet på styremøte i april 2013. Her presiseres at alle henvisninger som kommer til sykehuset utenom eget opptaksområde, skal oppfattes som fritt sykehusvalg og rettighetsvurderes på lik linje med egne pasienter. Det er kun anledning til å avvise henvisninger utenom egen helseregion dersom man kan vise til ventelistebrudd og manglende kapasitet.

5.0 Funksjons-og oppgavefordeling i Helse Sør-Øst

5.1 Regionalt

I styrevedtaket om Hovedstadsprosessen sak 108-2008 står følgende å lese om sykehusområder og funksjons- og oppgavefordeling:

- *”Normalt skal sykehusområdet dekke 80-90% av befolkningens behov for tjenester, noe som innebærer at de vanligste spesialiserte tjenester i årene fremover er tilgjengelig i alle sykehusområder.*
- *Innenfor hvert sykehusområde må det etableres en strategi for videre funksjons- og oppgavefordeling for å sikre etterlevelse av prinsippene i denne styresaken.*
- *Spesialiserte områdefunksjoner skal som hovedregel samles ett sted innenfor et sykehusområde.*
- *Regionale funksjoner skal som hovedregel samles ett sted i regionen.*
- *Ved lokalisering av spesialiserte område- og regionale funksjoner må det tas hensyn til pasientenes behov gjennom en samlet faglig kvalitetsvurdering, faglige avhengigheter og ressursvurderinger.*
- *I sykehusområder der lokale forhold ikke ligger til rette for samling av spesialiserte funksjoner ett sted, må faglig kvalitet og effektiv ressursbruk ivaretas gjennom andre tiltak. Det er tydelig slått fast at regionfunksjoner bare skal være på ett sted/helseforetak – regionsykehuset. Videre skal områdefunksjonene (dvs. spesialiserte funksjoner som det er behov for å sentralisere) fortrinnsvis også samles på ett sted innen helseforetaket/sykehusområdet. (1)*

Å operasjonalisere dette vedtaket har vist seg å være komplisert for flere av aktørene som skulle forvalte og organisere dette. I arbeidet med videreutvikling av finansieringsmodellen fremgår utfordringer knyttet til definisjon og registrering av aktiviteten på de ulike behandlingsnivåene:

”Pasienter som kommer inn under begrepet lands- og regionsfunksjoner er imidlertid ikke avgrenset til egne DRG'er, og det er derfor vanskelig, for ikke å si umulig, med dagens pasientadministrative systemer å definere presist hvilke pasienter som har vært behandlet med spesialisert kompetanse knyttet til lands- og regionfunksjonene”(24).

Også det regionale fagrådet som jobbet frem funksjonsfordeling av kreftbehandlingen i

Helse Sør-Øst slet med definisjonen av de ulike behandlingsnivåene. Som en konsekvens av dette arbeidet, innrømmet styret i det regionale helseforetaket at det var behov for å definere disse tydeligere. Sommeren 2012 vedtok de derfor å avklare begrepsbruken og ansvarsforholdene innen funksjons- og oppgavebehandlingen slik: Regionsfunksjoner og flerområdefunksjoner bestemmes av Helse Sør-Øst RHF, mens områdefunksjoner som hovedregel bestemmes av helseforetakene selv (25). I forbindelse med arbeidet om økonomisk langtidsplan mars 2013 presiserte de dette ytterligere i budsjettskrivet:

”Flerområdefunksjoner i Helse Sør-Øst vil være funksjoner som av økonomiske og/eller faglige grunner ikke bør leveres i alle sykehusområder, men likevel skal leveres av mer enn ett helseforetak. Betegnelsen skal kun benyttes for funksjoner som er definert som flerområdefunksjoner av det regionale helseforetaket etter en forutgående prosess iht valgt prosedyre, tydelig avgrenset fra områdefunksjoner og regionsykehusfunksjoner. Betegnelsen skal ikke anvendes for funksjoner som to eller flere helseforetak på selvstendig grunnlag har valgt å samarbeide om.”(26)

5.2 Oslo sykehusområde

Mandat for videre arbeid med regional strategi innenfor de enkelte sykehusområdene ble april 2008 sendt ut til alle helseforetakene og de private sykehusene (27). Premissene for arbeidet var beskrevet i Helse Sør-Øst styrevedtak 108-2008. Rollefordelingen og differensiering mellom sykehus og behandlingsnivåer i sykehusområdet skulle utarbeides (1). Arbeidet i Oslo skulle i følge mandatet ledes av Helse Sør-Øst selv.

I oppdragsbrev av september 2009 (28) bes Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet sykehus i samarbeid utforme en anbefaling til Helse Sør-Øst RHF om endringer i funksjons- og oppgavefordelingen mellom sykehusene. Denne områdeplanen skal inneholde beskrivelse av

- organisering av akutfunksjoner innen kirurgi og ortopedi
- organisering av elektiv kirurgi
- organisering av spesialiserte og regionale funksjoner som i dag ikke er lokalisert ved Oslo universitetssykehus HF
- Organiseringen av rehabilitering og habilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Ingen indremedisinske fagområder var nevnt. Det står videre:

”Når det gjelder fordelingen av den elektive kirurgien i Oslo, skal den foreslåtte

funksjons- og oppgavefordelingen sikre effektive produksjonslinjer. Dette innebærer at Lovisenberg sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Oslo universitetssykehus HF ikke nødvendigvis skal ivareta elektiv kirurgi for eget opptaksområde.

Det er ikke besluttet endringer i de tre sykehusenes opptaksområder. Lovisenberg sykehus har imidlertid, etter avtale med Oslo universitetssykehus HF/UUS, ivaretatt indremedisinske funksjoner for bydel Sagene siden 01.09.2007. Det må i den samlede anbefalingen avklares om denne avtalen skal videreføres, og om det er behov for andre justeringer av sykehusenes opptaksområder.

Det legges til grunn at fordeling av inntektsrammen i sykehusområde Oslo skjer på basis av inntektsmodellen og i dialog med Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet sykehus, og at endringer funksjons- og oppgavefordeling vil inngå i vurderingene av hvordan inntektsrammen skal fordeles” (28).

Den endelige beslutningen skulle ligge sentralt hos Helse Sør-Øst og den foreslåtte funksjons- og oppgavefordelingen skulle virke fra 1.1.2011.

I forhold til samordning av akutt kirurgi anbefalte daværende administrerende direktør Siri Hatlen i 2010 å prioritere den interne fusjonen mellom i Oslo universitetssykehus, særlig samling av akutt kirurgi på Aker og Ullevål, foran overtakelse av virksomhet fra Diakonhjemmet (29). I Oslo universitetssykehus HFs årsrapport for 2012 står det at det er planlagt overflytting av akuttkirurgi fra Diakonhjemmet til Oslo universitetssykehus HF når det nye akuttmottaket på Ullevål står ferdig i 2014. Det er ikke beskrevet hvilke økonomiske implikasjoner det vil kunne få for de to sykehusene.

Det tok også tid å få på plass områdeplaner for organiseringen av rehabilitering og habilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Disse ble først lagt frem for styret ved Oslo universitetssykehus i mai 2012 (30). Sykehuset begrunner den lange saksbehandlingstiden med kapasitetsproblemer, da fusjonen av Oslo sykehusene har tatt mye tid og at arbeidet sammenfalt i tid med samhandlingsreformen.

Det finnes ingen formelle samhandlingsfora og det mangler en felles ledelse av Oslo sykehusområde. Dog er det på ulike initiativ etablert arbeidsgrupper som har jobbet frem forslag til funksjonsfordeling. En faggruppe har jobbet frem forslag om virksomhetsoverdragelse av alderspsykiatri til Diakonhjemmet sykehus. På styremøte i Oslo universitetssykehus HF september 2013, valgte styret å trekke saken. Av

årsmeldingene 2011 og 2012 fremgår det enighet om å videreføre funksjonen eldre med lårhalsbrudd i henhold til eksisterende avtale med Diakonhjemmet sykehus, samt å utvide den til eldre fra Bjerke bydel. Det er også utarbeidet samarbeidsavtaler innen fot- og ankelkirurgi med både Diakonhjemmet og Akershus universitetssykehus HF. Innen det gastrokirurgiske fagområdet vurderes om eldre pasienter med kreft i tykktarmen skal funksjonsfordeles til Diakonhjemmet. (31, 32)

Noen bestillinger kommer også fra Helse Sør-Øst. For eksempel sender administrerende direktør Bente Mikkelsen i 2012 ut bestilling på organisering av et områdetilbud til pasienter med dobbeltdiagnoser innen rus og psykiatri (33).

6.0 Inntektsmodellen i Helse Sør Øst

6.1 Regionalt i Helse Sør-Øst

I 2009 vedtok styret i Helse Sør Øst å implementere en ny kriteriebasert inntektsfordelingsmodell for den somatiske virksomheten. Målet var at alle sykehusområdene skulle ha like økonomiske forutsetninger for å kunne tilby likeverdige behandlingstilbud til sine pasienter (24). Da den største pasientstrømmen går til OUS fra de øvrige sykehusområdene, og er knyttet til lands- og regionfunksjoner innen somatikk er den faktiske aktiviteten ved helseforetaket langt større enn hva som er nødvendig for å dekke tjenestebehovet for eget opptaksområde. For å ta hensyn til dette har modellen en mobilitetskomponent (24). Implementeringen av de nye områdene skulle skje gradvis over årene 2010-2012 med oppstart i budsjettet for 2010 (34). Modellen er utviklet over flere år og i flere faser. En revidert modell for det somatiske området ble vedtatt april 2011 (35). Modellen omfattet nå også psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige samt kapitalinntekter. Samtidig ble det vedtatt å videreutvikle datagrunnlaget for modellen. Ett år senere, april 2012 vedtas derfor ytterligere en oppdatert og videreutviklet inntektsmodell for Helse Sør Øst. Denne tar også for seg prehospitale tjenester og abonnementspris for flerområdefunksjoner. Med dette vedtaket er 97 % av basisrammen fordelt mellom sykehusområdene basert på objektive kriterier. Modellen skal oppdateres årlig basert på nye data om befolkningsgrunnlag, erfaringer og ny kunnskap (24).

Inntektsmodellen består av 3 komponenter:

- Behovskomponenten baseres på tradisjonelle befolkningsdata; antall, aldersspredning og sosioøkonomiske forhold. Med noen få unntak er utgangspunktet det samme demografiske kriteriesettet som Magnussenutvalget la til grunn i NOU 2008:2 (34). Demografiske data i behovskomponenten justeres årlig og kan således gi positive eller negative omfordelingseffekter.
- Kostnadskomponenten skal kompensere helseforetakene for ulikheter i kostnadsnivå som ikke kan tilskrives ulikheter i effektivitet, men forhold som anses som mer kostnadskrevende. Herunder kommer forskning, undervisning, andel ikke vestlige innvandrere, reiseavstand og utdanning av turnusleger og spesialister (34).
- Mobilitetskomponenten regulerer inntektene i forhold til hvor pasienten faktisk blir behandlet, dels via det tradisjonelle gjestepasientoppgjøret og dels via en fast omfordeling av basisrammen også kalt abonnementsordningen. Volumet på

abonnementsordningen ble utregnet i 2009 i forbindelse med utarbeidelsen av modellen og justert i 2012. Justering av volum vil også kunne gi omfordelingseffekter mellom sykehus.

Ett DRG poeng registrert for en lokalsykehuspasient vil med vanlig ISF system utløse 40% av DRG taksten - 15.840 Nok (dette kommer i tillegg til sykehusets rammefinansiering som dekker infrastruktur, servicetjenester, investeringer med mer).

For pasienter fra andre sykehus utløses de samme 40%. Disse pasientene omfattes derimot ikke av rammen. Derfor kompenseres ytterligere 40% fra ”modersykehuset”. Dette kalles gjestepasientoppgjør. Netto tap for behandlende sykehus blir i prinsippet 20%.

Det er enighet om at lands og regionsfunksjoner er dyrere å tilby enn mer ordinære sykehus tjenester. For å kompensere for dette er det i inntektsfordelingsmodellen lagt opp til en abonnementspris. Denne er for inneliggende satt til 43 % av ISF-pris på toppen av gjestepasientoppgjøret, altså netto 123%.

Abonnementsvolumet er pt 40,5 DRG poeng pr 1000 innbyggere. Summen omfordeles fra områdesykehusenes basisramme til Oslo universitetssykehus HF. For poliklinikk er satsen 20% av ISF-pris og 2 DRG poeng pr 1000 innbyggere.

For flerområdefunksjoner kompenseres 20% av ISF.

Som følge av modellen kan basisrammen endres fra ett år til annet. I noen tilfeller kompenserer Helse Sør-Øst RHF for dette i overgangsperioder ved overføring av omstillingsmidler. I innstillingen til styrevedtaket står det følgende om hvordan sykehusene forholder seg til omfordelingseffekter:

”Tilbakemeldinger fra helseforetakene viser at omfordelingseffekter med reduserende virkning for helseforetakene i større grad tas inn og videreføres direkte i den interne ressursfordelingen, enn omfordelingseffekter som øker inntektsgrunnlaget. Positive effekter avsettes i noen grad til å skape strategisk handlingsrom for investeringer og fremtidige utfordringer, i tillegg til å kompensere for mangler og svakheter i det etablerte tjenestetilbudet”.(36)

6.2 Oslo sykehusområde

Av de fem sykehusområdene som kun består av ett helseforetak, er det ingen som har videreført inntektsfordelingsmodellen i interne budsjettprosesser (37). Styrevedtak 075-

2010 (38) om budsjett og økonomisk langtidsplan i Helse Sør-Øst ga administrerende direktør fullmakt til å fordele inntektsrammen innad i de sykehusområdene som besto av flere foretak, herunder også Oslo sykehusområde.

”For sykehusområde Telemark og Vestfold gjøres dette i vesentlig grad gjennom å kopiere og tilpasse den regionale modellen til fordeling innen sykehusområdet. For sykehusområde Oslo er funksjoner i stor grad fordelt på tvers av opptaksområder og bydeler. Dette gjør det komplisert å tilpasse en videreføring av den regionale modellen, og det er derfor valgt en annen tilnærming til fordeling av effekter av inntektsmodellene for sykehusområde Oslo mellom Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet sykehus AS og Lovisenberg diakonale sykehus AS.”(37)

Det er vanskelig å finne dokumentasjon på hvilken annen tilnærming som er valgt. Et mastergradsarbeid ved Universitetet i Oslo (Hammerlund 2011) søkte å finne svaret på dette blant annet ved å intervjuere ledere og direktører i økonomi og virksomhetsplanlegging ved Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet, samt en sentral person i økonomi og analyseavdelingen i Helse Sør-Øst som var involvert i arbeidet med utvikling av inntektsmodellen (39). Av arbeidet fremgår det at fordelingen mellom sykehusene var basert på historiske data. Videre ble det i intervjuene uttalt at Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus hverken betalte gjestepasientoppgjør eller abonnementspris til Oslo universitetssykehus HF.

Av bestillerdokumentene til både de to private og til Oslo universitetssykehus HF 2013 fremgår det at budsjetttildelingen er bygget opp som en kombinasjon av ramme og aktivitetsbaserte mål for henholdsvis somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (40-42).

Av bestillerdokumentene fremgår det videre at negative effekter som følge av endringer i inntektsfordelingsmodellen til det samlede sykehusområdet deles mellom sykehusene. Det fremgår ikke hvilken fordelingsnøkkel som er brukt til dette.

6.3 Oslo universitetssykehus HF

Budsjetttildelingen fra Helse Sør-Øst til Oslo universitetssykehus HF skjer samlet for drift og investering. Det er opp til sykehuset selv å prioritere innad mellom disse.

Sykehusledelsen ved Oslo universitetssykehus HF erkjenner i oppfølgingen av arbeidet med langtidsplanen en: “...betydelig dreining i kostnadssammensetningen fra lønns- og personalkostnader til andre kostnader”, herunder IKT investeringer og utbedring av bygg og anlegg (43).

I vedlegg til styresak om budsjett 2013 har sykehuset selv beskrevet stor økonomisk risiko knyttet til pasientaktiviteten. For å redusere ventelister og unngå fristbrudd, vil aktiviteten også i 2013 trolig overstige de budsjetterte måltallene (44).

Av følgende to utdrag fra økonomisk langtidsplan fremgår det at sykehuset opplever seg underfinansiert med den nåværende finansieringsmodellen:

“Det er også et tiltagende antall pasienter fra andre helseregioner som får sin behandling ved Oslo universitetssykehus HF. Pasienter som kommer til behandling fra andre helseregioner har ofte komplekse og sjeldne tilfeller av sykdommer innenfor en rekke fagområder uten at dette nødvendigvis blir kompensert i aktivitetsstatistikken (DRG – vekting).....

Som følge av nasjonale og regionale funksjoner er det en økning i antallet nye implantater, prosedyrer, medikamenter med mer som gir særskilt høye kostnader for regionsykehusene og i særdeleshet Oslo universitetssykehus HF. Per i dag blir ikke dette godt nok dekket gjennom DRG-systemet, og det tilfaller derfor regionsykehusene økte kostnader og aktivitet uten at dette fremkommer av henholdsvis finansiering og aktivitetstall. Oslo universitetssykehus HF vil gå i dialog med Helse Sør-Øst for i samarbeid med Helsedirektoratet å finne frem til mulige løsninger innenfor dagens DRG-system og sikre finansiering også av nyvinninger innen medisinen.” (43)

Inntektsfordeling og budsjettildeling internt mellom klinikkene i Oslo universitetssykehus HF skjer basert på historiske data fra de tidligere sykehusene (44). Endring i rammen til sykehuset videreføres i ulik grad inn i klinikkens budsjetter:

“I 2011 ble disse nedjustert på bakgrunn i planlagte pasientoverføringer til AHUS og Vestre Viken. I budsjett 2013 justeres de noe opp som følge av ønsket aktivitetsvekst, demografisk utvikling, ventelistesituasjonen, og forventet omfang av øyeblikkelig hjelp. Utover dette er det foretatt generelle trekk (ostehøvelprinsippet) til klinikkene blant annet som følge av underdekning til OUS etter innføring av den nye inntektsfordelingsmodellen i Helse Sør-Øst.” (44)

7.0 Pasientstrømmene

7.1 Helseregionene

Hvor bor pasienten og hvor skjer behandlingen? Har det skjedd endringer de ti siste årene og etter innføring av fritt sykehusvalg?

Tabell 1 under viser alle sykehusopphold for 2002 til og med andre tertial 2012 i landets fem helseregioner fordelt etter bostedsregion. Sykehusoppholdene oppgis som prosentandel avviklet i egen og andre helseregioner.

Av tabellen fremgår det at samtlige helseregioner i hele perioden, har en høy grad av egendekning av sykehusopphold til sin respektive befolkning. Den høyeste andelen har Helse Sør-Øst. Det fremgår videre at det har vært liten endring i tallene på disse ti årene, kanskje med unntak av Helse Midt-Norge som har hatt noe reduksjon.

Andel sykehusopphold avviklet utenfor egen region må sies å være beskjeden. Primært er dette pasienter fra øvrige regionene som behandles i Helse Sør-Øst.

Opphold (når antall > 3) as % of row total	Helse Midt- Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Vest RHF	Private	Helse Sør-Øst	Alle behandlingssteder
2002						
Bor i Helseregion Sør-Øst	0.3%	0.1%	0.4%	0.6%	98.6%	100.0%
Bor i Helseregion Vest	0.3%	0.1%	97.7%	0.1%	1.8%	100.0%
Bor i Helseregion Midt-Norge	97.8%	0.2%	0.5%	0.1%	1.3%	100.0%
Bor i Helseregion Nord	1.6%	96.6%	0.3%	0.1%	1.4%	100.0%
Bor i Utlandet, Svalbard, Ukjent	15.3%	9.0%	14.6%	/0	61.1%	100.0%
Alle bosteder	15.5%	11.7%	18.6%	0.4%	53.8%	100.0%
2003						
Bor i Helseregion Sør-Øst	0.3%	0.1%	0.4%	1.2%	98.0%	100.0%
Bor i Helseregion Vest	0.3%	0.1%	97.4%	0.2%	2.0%	100.0%
Bor i Helseregion Midt-Norge	97.0%	0.2%	0.6%	0.7%	1.5%	100.0%
Bor i Helseregion Nord	1.7%	96.3%	0.4%	0.1%	1.5%	100.0%
Bor i Utlandet, Svalbard, Ukjent	17.8%	9.9%	14.6%	0.1%	57.6%	100.0%
Alle bosteder	15.5%	11.6%	18.7%	0.8%	53.4%	100.0%
2004						
Bor i Helseregion Sør-Øst	0.3%	0.1%	0.4%	1.1%	98.0%	100.0%
Bor i Helseregion Vest	0.3%	0.1%	97.3%	0.5%	1.9%	100.0%
Bor i Helseregion Midt-Norge	96.2%	0.2%	0.6%	1.5%	1.5%	100.0%
Bor i Helseregion Nord	1.6%	96.1%	0.5%	0.1%	1.6%	100.0%

Bor i Utlandet, Svalbard, Ukjent	14.2%	9.9%	21.0%	0.1%	54.8%	100.0%
Alle bosteder	15.4%	11.3%	19.1%	0.9%	53.2%	100.0%
2005						
Bor i Helseregion Sør-Øst	0.3%	0.1%	0.5%	1.2%	97.9%	100.0%
Bor i Helseregion Vest	0.3%	0.1%	96.9%	0.8%	1.9%	100.0%
Bor i Helseregion Midt-Norge	96.5%	0.2%	0.6%	1.2%	1.5%	100.0%
Bor i Helseregion Nord	1.6%	95.8%	0.5%	0.3%	1.8%	100.0%
Bor i Utlandet, Svalbard, Ukjent	15.4%	9.5%	18.4%	/0	56.7%	100.0%
Alle bosteder	15.0%	11.1%	19.3%	1.0%	53.7%	100.0%
2006						
Bor i Helseregion Sør-Øst	0.3%	0.1%	0.5%	1.0%	98.2%	100.0%
Bor i Helseregion Vest	0.4%	0.1%	97.2%	0.5%	1.8%	100.0%
Bor i Helseregion Midt-Norge	96.8%	0.2%	0.6%	0.8%	1.6%	100.0%
Bor i Helseregion Nord	1.4%	96.0%	0.5%	0.3%	1.8%	100.0%
Bor i Utlandet, Svalbard, Ukjent	16.1%	10.0%	21.0%	0.1%	52.9%	100.0%
Alle bosteder	14.6%	11.1%	19.3%	0.8%	54.2%	100.0%
2007						
Bor i Helseregion Sør-Øst	0.3%	0.1%	0.4%	0.6%	98.6%	100.0%
Bor i Helseregion Vest	0.4%	0.1%	97.2%	0.5%	1.8%	100.0%
Bor i Helseregion Midt-Norge	96.7%	0.2%	0.5%	0.9%	1.7%	100.0%
Bor i Helseregion Nord	1.3%	96.1%	0.4%	0.2%	2.0%	100.0%
Bor i Utlandet, Svalbard, Ukjent	15.2%	9.2%	21.5%	0.1%	54.0%	100.0%
Alle bosteder	14.4%	10.8%	18.6%	0.6%	55.5%	100.0%
2008						
Bor i Helseregion Sør-Øst	0.3%	0.1%	0.4%	0.7%	98.6%	100.0%
Bor i Helseregion Vest	0.3%	0.1%	97.1%	0.6%	1.8%	100.0%
Bor i Helseregion Midt-Norge	96.7%	0.2%	0.5%	0.9%	1.8%	100.0%
Bor i Helseregion Nord	1.3%	96.1%	0.4%	0.3%	1.9%	100.0%
Bor i Utlandet, Svalbard, Ukjent	15.0%	8.0%	17.9%	0.1%	59.0%	100.0%
Alle bosteder	14.7%	10.8%	18.6%	0.6%	55.3%	100.0%
2009						
Bor i Helseregion Sør-Øst	0.3%	0.1%	0.4%	1.8%	97.4%	100.0%
Bor i Helseregion Vest	0.3%	0.1%	97.2%	0.6%	1.8%	100.0%
Bor i Helseregion Midt-Norge	95.0%	0.1%	0.5%	2.7%	1.7%	100.0%
Bor i Helseregion Nord	1.4%	95.7%	0.5%	0.3%	2.1%	100.0%
Bor i Utlandet, Svalbard, Ukjent	9.5%	7.4%	21.5%	0.1%	61.5%	100.0%
Alle bosteder	14.5%	9.9%	18.8%	1.6%	55.2%	100.0%
2010						
Bor i Helseregion Sør-Øst	0.3%	0.1%	0.5%	1.7%	97.4%	100.0%
Bor i Helseregion Vest	0.3%	0.1%	97.5%	0.4%	1.7%	100.0%
Bor i Helseregion Midt-Norge	94.9%	0.2%	0.5%	2.6%	1.7%	100.0%
Bor i Helseregion Nord	1.5%	95.6%	0.5%	0.4%	2.1%	100.0%
Bor i Utlandet, Svalbard, Ukjent	9.2%	7.2%	20.0%	0.1%	63.5%	100.0%
Alle bosteder	14.6%	9.9%	19.2%	1.5%	54.7%	100.0%
2011						
Bor i Helseregion Sør-Øst	0.3%	0.1%	0.5%	1.0%	98.2%	100.0%
Bor i Helseregion Vest	0.3%	0.1%	97.6%	0.3%	1.7%	100.0%
Bor i Helseregion Midt-Norge	95.3%	0.2%	0.5%	2.4%	1.6%	100.0%
Bor i Helseregion Nord	1.5%	95.6%	0.5%	0.4%	2.1%	100.0%

Bor i Utlandet, Svalbard, Ukjent	10.8%	8.6%	21.6%	0.1%	59.0%	100.0%
Alle bosteder	14.9%	10.0%	19.2%	1.0%	54.8%	100.0%
2012						
Bor i Helseregion Sør-Øst	0.3%	0.1%	0.4%	0.9%	98.3%	100.0%
Bor i Helseregion Vest	0.3%	0.1%	97.5%	0.5%	1.6%	100.0%
Bor i Helseregion Midt-Norge	95.1%	0.1%	0.4%	2.8%	1.6%	100.0%
Bor i Helseregion Nord	1.4%	96.0%	0.4%	0.4%	1.8%	100.0%
Bor i Utlandet, Svalbard, Ukjent	11.4%	8.6%	22.9%	0.1%	57.1%	100.0%
Alle bosteder	14.9%	9.9%	19.5%	1.1%	54.7%	100.0%
Alle perioder	14.8%	10.7%	19.0%	0.9%	54.5%	100.0%

Tabell 1 kilde NPR (45) (tom 2.tertial 2012)

Alle sykehusopphold ved landets fem helseregioner fordelt etter bostedsregion.

Videre fremgår det av tabell 1 at alle helseregioner benytter private aktører. Helse Midt-Norge har den største andelen av sine årlige sykehusopphold i privat sektor. Denne økte særlig etter 2008 og var i 2012 på 2.8%.

Ser man på alle sykehusopphold ved private sykehus (tabell 2), har Helse Midt-Norges andel de senere årene økt fra 27% til 41%. Tilsvarende har Helse Sør-øst sin andel falt fra 65% til 46%

Opphold (når antall > 3) as % of column total		2010	2011	2012	Alle perioder
Private	Bor i Helseregion Sør-Øst	65.21%	53.84%	45.99%	53.94%
	Bor i Helseregion Vest	5.19%	5.38%	9.65%	6.97%
	Bor i Helseregion Midt-Norge	27.10%	36.71%	40.56%	35.64%
	Bor i Helseregion Nord	2.49%	4.06%	3.79%	3.44%
	Bor i Utlandet, Svalbard, Ukjent	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%
	Alle bosteder	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
Private		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Tabell 2 Andel sykehusopphold pr helseregion avvirket hos private kilde NPR (45)

[Alle perioder][Helse Sør-Øst][Alle innmåter][Alle typer opphold][Bor i Helseregion Sør-Øst][Alle DRG-er][Alle diagnoser - ICD kapittel][Alle aldre][Alle kjønn][Alle liggedager]Måleverdier

Opphold (når antall > 3) as % of row total			Privat Sør- Øst HF	Oslo universitets sykehus HF	Sykehuset Telemark HF	Sykehuset i Vestfold HF	Sørlandet Sykehus HF	Sykehuset Østfold HF	Sykehuset Innlandet HF	Akershus universitets sykehus HF	Diakon- hjemmet sykehus	Lovisenberg	Vestre Viken HF	Helse Sør- Øst
2012	Bor i Østfold	Døgn- og dagopphold	0.31%	11.22%	0.56%	0.15%	0.08%	83.89%	0.35%	1.11%	0.28%	0.58%	0.46%	100.00%
		Polikliniske konsultasjoner	0.26%	15.54%	0.30%	0.15%	0.07%	80.67%	0.17%	0.94%	0.46%	0.61%	0.49%	100.00%
		Alle typer opphold	0.27%	14.60%	0.36%	0.15%	0.07%	81.37%	0.21%	0.98%	0.42%	0.60%	0.48%	100.00%
	Bor i Akershus	Døgn- og dagopphold	3.08%	18.53%	0.23%	0.37%	0.13%	0.63%	2.27%	50.27%	0.46%	1.35%	21.97%	100.00%
		Polikliniske konsultasjoner	4.86%	30.62%	0.15%	0.21%	0.08%	0.47%	1.66%	41.88%	1.14%	1.33%	17.40%	100.00%
		Alle typer opphold	4.49%	28.14%	0.17%	0.24%	0.09%	0.50%	1.79%	43.60%	1.00%	1.34%	18.34%	100.00%
	Bor i Oslo	Døgn- og dagopphold	0.34%	61.25%	0.20%	0.30%	0.18%	0.22%	0.54%	16.05%	7.38%	7.61%	1.01%	100.00%
		Polikliniske konsultasjoner	0.32%	75.44%	0.15%	0.20%	0.11%	0.12%	0.29%	7.63%	8.48%	6.36%	0.71%	100.00%
		Alle typer opphold	0.33%	72.79%	0.16%	0.22%	0.13%	0.14%	0.33%	9.20%	8.28%	6.60%	0.76%	100.00%
	Bor i Hedmark	Døgn- og dagopphold	0.74%	9.48%	0.11%	0.13%	0.06%	0.06%	84.55%	1.25%	0.15%	2.93%	0.24%	100.00%
		Polikliniske konsultasjoner	2.08%	9.75%	0.06%	0.07%	0.04%	0.06%	86.53%	0.66%	0.20%	0.26%	0.28%	100.00%
		Alle typer opphold	1.80%	9.70%	0.07%	0.08%	0.04%	0.06%	86.12%	0.78%	0.19%	0.81%	0.27%	100.00%
	Bor i Oppland	Døgn- og dagopphold	1.69%	9.85%	0.12%	0.72%	/0	0.10%	80.86%	0.87%	0.13%	1.05%	4.20%	100.00%
		Polikliniske konsultasjoner	5.74%	10.23%	0.06%	0.09%	0.04%	0.05%	78.44%	0.54%	0.21%	0.54%	4.05%	100.00%
		Alle typer opphold	4.83%	10.14%	0.07%	0.23%	0.04%	0.06%	78.98%	0.62%	0.19%	0.66%	4.08%	100.00%
	Bor i Buskerud	Døgn- og dagopphold	0.94%	11.59%	0.49%	3.59%	0.11%	0.07%	0.32%	0.31%	0.18%	0.34%	81.73%	100.00%
		Polikliniske konsultasjoner	1.07%	15.33%	0.58%	1.50%	0.12%	0.06%	0.27%	0.25%	0.39%	0.40%	79.99%	100.00%
		Alle typer opphold	1.04%	14.49%	0.56%	1.97%	0.12%	0.06%	0.28%	0.26%	0.34%	0.38%	80.38%	100.00%
	Bor i Vestfold	Døgn- og dagopphold	1.43%	10.55%	2.72%	77.83%	0.29%	0.13%	0.22%	0.20%	0.32%	0.38%	5.67%	100.00%
		Polikliniske konsultasjoner	1.48%	10.25%	2.87%	79.34%	0.18%	0.09%	0.11%	0.12%	0.38%	0.32%	4.84%	100.00%
		Alle typer opphold	1.47%	10.31%	2.84%	79.04%	0.20%	0.10%	0.14%	0.14%	0.37%	0.33%	5.01%	100.00%
	Bor i Telemark	Døgn- og dagopphold	6.50%	7.43%	76.44%	4.94%	3.03%	/0	0.12%	0.16%	/0	0.21%	0.73%	100.00%
		Polikliniske konsultasjoner	8.20%	7.41%	78.56%	3.08%	1.67%	0.04%	0.08%	0.12%	0.16%	0.16%	0.52%	100.00%
		Alle typer opphold	7.84%	7.41%	78.10%	3.47%	1.96%	0.04%	0.09%	0.13%	0.15%	0.17%	0.56%	100.00%
	Bor i Aust- Agder	Døgn- og dagopphold	0.16%	7.20%	1.34%	0.28%	90.11%	/0	/0	0.18%	/0	0.17%	0.15%	100.00%
		Polikliniske konsultasjoner	0.09%	3.85%	1.27%	0.45%	93.85%	0.02%	0.09%	0.08%	0.12%	0.09%	0.09%	100.00%
		Alle typer opphold	0.10%	4.47%	1.28%	0.42%	93.15%	0.02%	0.09%	0.10%	0.12%	0.11%	0.10%	100.00%
Bor i Vest- Agder	Døgn- og dagopphold	0.09%	6.72%	0.77%	0.22%	91.22%	0.05%	0.15%	0.21%	/0	0.17%	0.15%	100.00%	
	Polikliniske konsultasjoner	0.05%	3.44%	0.99%	0.41%	94.69%	0.03%	0.06%	0.07%	0.09%	0.11%	0.08%	100.00%	
	Alle typer opphold	0.05%	4.07%	0.94%	0.37%	94.02%	0.03%	0.07%	0.10%	0.09%	0.12%	0.09%	100.00%	
Bor i Helseregion Sør-Øst			2.14%	27.48%	6.31%	7.87%	10.29%	7.67%	12.25%	9.87%	2.21%	1.99%	11.54%	100.00%
Alle perioder			2.05%	28.82%	6.22%	7.72%	10.22%	7.69%	12.30%	9.02%	2.16%	1.96%	11.47%	100.00%

Tabell 3 kilde NPR (45). Alle sykehusopphold 2012 I Helse Sør-Øst fordelt etter bostedsfylke

7.2 Helse Sør-Øst – sykehusområder og egendekning

Tabell 3 viser alle sykehusopphold for 2012 avviklet i Helse Sør-Øst fordelt etter

bostedsfylke. Tallene er oppgitt som prosentandel av totalt antall sykehusopphold pr fylke og ved hvilke helseforetak disse er avviklet.

NPR dataene er ikke inndelt i forhold til sykehusområdene i Helse Sør-Øst. For å vurdere tabell 3 må derfor Aust- og Vest Agder sees samlet i forhold til Sørlandet Sykehus HF og Oppland og Hedmark sees samlet i forhold til Innlandet sykehus HF.

Tallene for Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF må sees samlet i forhold til at de til sammen utgjør Vestfold- og Telemark sykehusområde. Videre må Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg og Diakonhjemmet også sees samlet som ett sykehusområde. I tillegg må det tas høyde for at det ikke alltid er fylkesgrensene som avgjør tilhørighet til et sykehusområde. For eksempel tilhører Akershuskommunene Asker og Bærum til sykehusområdet Vestre Viken og bydelene Alna og Grorud i Oslo sokner til Akershus universitetssykehus HF. Tas disse forhold med i betraktningen, finner man at ingen helseforetak foruten Oslo universitetssykehus HF har særlig mange døgn- og dagopphold fra andre fylker enn sine "egne".

Egendekningen til sykehusområdene Østfold, Vestfold-Telemark og Innlandet ligger alle mellom 80-83%, noe som er innenfor, men i nedre sjikt av Hovedstadsprosessens målsetning om 80-90%. Tabellen viser videre at bruken av Oslo universitetssykehus HF reduseres jo lengre unna man bor geografisk. Dette gjelder særlig polikliniske opphold, men også døgn- og dagopphold. Lavest er bruken for pasienter fra Telemark, Aust- og Vest Agder. Årsaken til dette er trolig sammensatt.

Sørlandet sykehus HF, har to år etter Hovedstadprosessen, den høyeste egendekningen på 94%. Sykehuset var sentralsykehus i Helse Sør før fusjonen med Helse Øst. Mange fagområder er trolig opprettholdt på tross av organisatoriske endringer. For eksempel viser det seg at deler av kreftbehandlingen som er funksjonsfordelt på regionalt nivå, ikke er tatt til følge. Fagrådet for funksjonsfordeling av kreftbehandlingen skriver i sin sluttrapport:

”Når en på regionalt nivå eller innenfor et sykehusområde foretar en funksjonsfordeling, er det med den hensikt å sentralisere spesialiserte oppgaver som trenger å samles for å oppnå tilstrekkelig behandlingsvolum og for å konsentrere og effektivisere spesialiserte behandlingsressurser. Målet med funksjonsfordelingen/samling av funksjoner og oppgaver er å oppnå optimal kvalitet

og likeverdighet i behandlingen. Dette er i tråd med prinsippet om at vi skal desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må.(25)

Sørlandet sykehus fikk februar 2013 en advarsel fra Helse Sør- Øst fordi de fortsatte å operere magekreft og blærekreft på tross av at det allerede i 2010 var besluttet at dette skulle funksjonsfordeles til andre områdesykehus. Antall årlige operasjoner var lavere enn fagrådets anbefaling. Sykehuset ble truet med økonomiske sanksjoner om de ikke umiddelbart stoppet praksisen (46). Det er i bestillerdokumentene til helseforetakene for 2013 også presisert at kreftkirurgi i strid med vedtatt funksjonsfordeling ikke gis ISF kompensasjon.

NPR data viser også at Vest Agder har pasienter som behandles i Helse Vest. Dette er primært behandlinger innen øye-, og hudsykdommer.

Til sist kan man spekulere i om det er forhold i befolkningen; alder og sykighetsgrad eller bosteds og yrkesmønster som skiller seg fra andre deler av helseregionen kan ligge til grunn og som burde vært undersøkt nærmere.

7.3 Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus HF står i en særstilling. Dette fordi sykehuset i tillegg til eget opptaksområde også er regionssykehus og har landsfunksjoner.

Tabell 3 viser at 10-11.6% av alle døgnopphold og 10-15% av alle polikliniske konsultasjoner for pasienter fra Østfold, Hedmark, Oppland, Buskerud og Vestfold skjer ved Oslo universitetssykehus HF.

Beboerne i Akershus fylke utpeker seg med over 18% av sine døgn- og dagopphold og over 30% av sine polikliniske opphold ved Oslo universitetssykehus HF.

Det er spekulert på om overføringsprosessen fra Aker til Akershus universitetssykehus HF ikke har gått som planlagt og at pasienter fra Follo kommunene fortsatt er å finne i Oslo universitetssykehus HF. Tabell 4 viser at Akershuspasientene er klart overrepresentert (unntatt Oslo) blant alle sykehusopphold avvirket ved Oslo universitetssykehus HF, Ullevål og Aker i 2010-2012. Tabellen viser også at overføringen av pasienter fra Aker til AHUS fra 1. januar 2010 har tatt tid, men i stor grad er gjennomført. Andelen er kraftig redusert fra 56% i 2010 til 13.6% i 2012. Samtidig sees det ingen tilsvarende økning av Akershus pasienter på Ullevål, noe man kunne tenkt seg hadde skjedd dersom disse pasientene hadde fulgt med på flyttelasset fra Aker til Ullevål.

Opphold (når antall > 3) as % of column subtotals		OUS Ullevål somatikk	OUS Aker somatikk	Other	Oslo universitetssyke hus HF
2010	Bor i Akershus	19.98%	36.92%	12.42%	22.14%
	Bor i Oslo	57.20%	56.07%	74.83%	57.52%
	Bor i Buskerud	5.30%	0.96%	2.80%	4.62%
	Other	17.52%	6.05%	9.96%	15.72%
	Bor i Helseregion Sør-Øst	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
2011	Bor i Østfold	4.88%	3.74%	2.10%	4.71%
	Bor i Akershus	19.06%	18.48%	12.61%	18.85%
	Bor i Oslo	58.19%	70.74%	75.51%	59.81%
	Bor i Buskerud	5.26%	1.35%	2.57%	4.82%
	Other	12.61%	5.68%	7.20%	11.81%
	Bor i Helseregion Sør-Øst	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
2012	Bor i Østfold	4.97%	5.05%	2.23%	4.91%
	Bor i Akershus	18.14%	13.60%	12.47%	17.66%
	Bor i Oslo	58.93%	72.64%	75.80%	60.38%
	Bor i Buskerud	5.13%	1.90%	2.76%	4.83%
	Other	12.82%	6.81%	6.74%	12.22%
	Bor i Helseregion Sør-Øst	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

tabell 4 Sykehusopphold ved OUS, Ullevål og Aker og pasientens hjemfylke, kilde NPR (45)

DRG kodene i NPR registeret viser at Akershuspasientene ved Ullevål er spredt over mange fagområder. Majoriteten finnes innen øye- og strålebehandling og svangerskap /føde/barsel. Dette har ikke endret seg nevneverdig på disse tre årene. Pasienter fra andre sykehusområder behandlet ved Aker i 2012 etter overføringen er hovedsakelig urologi, endokrinologi og fedmebehandling.

Riksrevisjonens skriver (2011):

”gjennomsnittlig DRG-vekt for døgnopphold i Oslo universitetssykehus har økt med 9 prosent i perioden 2009–2010 og med ytterligere 6 prosent til 2011. Den største økningen er generert av pasienter fra Follo og Alna som har økt med 25 prosent. Dette viser at OUS har fått en relativt sett tyngre pasientgruppe enn før overføringen til Ahus. Videre viser det at OUS i hovedsak behandler pasienter fra Follo og Alna på et høyspesialisert nivå. I 2009 var det liten forskjell i gjennomsnittlig antall DRG-poeng generert av pasienter fra Follo og Alna sammenlignet med pasienter fra det resterende opptaksområdet i Oslo” (47).

Sammenholdt med NPR dataene viser dette at det ved Ullevål er de samme pasientgruppene fra Akershus i 2012 som før Hovedstadprosessen. Når de ”enklere” lokalsykehuspasientene

er overført, blir det totale volumet redusert og gjennomsnittlig DRG vekt øker forholdsmessig.

På generelt grunnlag sier NPR dataene ingenting om årsak til at pasienten behandles ved for eksempel Oslo universitetssykehus HF. At det ikke finnes data på årsaksforhold må tillegges både uklare definisjoner av de ulike behandlingsnivåene og til utfordringer knyttet til registrering av slik informasjon.

Her er kartleggingsdataene fra medisinsk klinikk interessante.

7.4 Pasientaktivitet i medisinsk klinikk ved Oslo universitetssykehus HF

(Deler av teksten i dette kapittelet er gjengitt fra prosjektets sluttrapport).

Høsten 2012 gjennomførte Den norske legeforening i samarbeid med medisinsk klinikkledelse en aktivitetsregistrering i klinikken. All pasientrelatert aktivitet (innleggelser, tilsyn, poliklinikk/dagbehandling, telefonhenvendelser) ble registrert på særskilte skjema i tre døgn. Det ble lagt opp til enkel avkrysning. Målet var å kartlegge hvor stor andel av ulike opplistede aktiviteter som ble utført hos pasienter som ikke hadde OUS som sitt lokalsykehus (vedlegg 1). Videre hva som ble oppfattet som årsak til at disse ble behandlet her (regionsfunksjon, områdefunksjon, del av behandlingssløyfe i annen klinikk, fritt sykehusvalg, second opinion).

7.4.1 Metode

En styringsgruppe ble etablert for studien og sto ansvarlig for prosjektets sluttrapport. Deler av følgende kapittel er en redigert gjengivelse av denne. Jeg var medlem av styringsgruppen og deltok i bearbeidelsen av dataene fra kartleggingen. Innhenting og lagring av data ble godkjent av sykehusets personvernombud.

Klinikkens overleger, LIS-leger og sykepleiere med selvstendig poliklinikk gjorde systematisk registrering av pasientrelatert aktivitet i tre døgn (kl. 08:00, 18.09.2012 - kl. 08:00, 21.09.2012). Det ble lagt opp til å registrere:

- Alle innleggelser på sengeposter i Medisinsk klinikk
- Alle tilsyn og prosedyrer gjort på innlagte pasienter utenfor egen sengepost
- Alle telefonhenvendelser om pasienter utenfor egen sengepost
- All poliklinisk aktivitet
- Alle telefonhenvendelser vedr. ikke innlagte pasienter
- Annen pasientrelatert aktivitet (f.eks: deltagelse i tverrfaglig møte, vurdering av rtg-bilder m.m.)

Det ble utarbeidet to ulike skjemaer, ett for inneliggende pasienter på sengepostene og ett for polikliniske pasienter og annen pasientrettet virksomhet som tilsyn, telefonhenvendelser med mer. Skjemaene ble testet ut på en pilotavdeling gjennom ett døgn og deretter drøftet i klinikkens ledergruppe. Med noe modererte skjemaer ble hovedregistreringen gjennomført i hele klinikken over tre døgn i september 2012. Ved å registrere over tre døgn ville det foreligge omfattende data som er representative for totalaktiviteten. Det ble valgt tre

“vanlige” ukedager. Registreringen ble gjort av alle leger i medisinsk klinikk samt sykepleiere med selvstendig aktivitet i poliklinikker og i dagmedisinsk avdeling. Alle som gjorde registreringer fikk informasjon om hensikten med studien. Alle ble oppfordret til å registrere så nøyaktig som mulig. Dataene som ble registrert var pasientens lokalsykehistilhørighet og om kontakten var definert som øyeblikkelig hjelp eller ikke. For pasienter som ikke har Oslo universitetssykehus HF som lokalsykehus, skulle utfyller også anføre hva som var antatt årsak til at vedkommende ble behandlet ved Oslo universitetssykehus HF. Det skulle velges en av følgende fem mulige årsaker. Hvis det var flere alternativ, skulle man velge det som sto høyest på listen.

- Regionsfunksjon (manglende beredskap eller kompetanse på eget lokalsykehus eller eget områdesykehus)
- Områdefunksjon (kun for Lovisenberg og Diakonhjemmet, definert som manglende beredskap eller kompetanse på disse sykehusene)
- Del av behandlingssløyfe ved annen avdeling eller klinikk i Oslo universitetssykehus HF
- Second opinion
- Fritt sykehusvalg

Nærmere 3000 skjemaer ble fylt ut og dataene lagt inn i en Excel-fil. Etter punching av dataene har tre personer i prosjektgruppen vasket datafilen for feilregistreringer. Det er laget en egen protokoll for dette. Bl.a. er det gjort omfattende kontroll av det som ble registrert som pasienten sitt lokalsykehus.

Av 369 pasienter innlagt i medisinsk klinikk har 89 (24%) ikke Oslo universitetssykehus HF som lokalsykehus. 18 av disse 89 pasientene (20%) er intensivpasienter. En av fire innleggelser i Medisinsk klinikk og over halvparten av polikliniske konsultasjoner gjelder pasienter som ikke har Oslo universitetssykehus HF som lokalsykehus. Den dominerende årsak til dette er en opplevelse av at kompetanse og/eller beredskap mangler på lokalsykehuset. Fritt sykehusvalg var oppgitt som årsak til 4% av innleggelsene og til 21% av de polikliniske konsultasjonene.

Resultatene fremkommer av tabell 5 og 6.

Aktivitetskartlegging medisinsk klinikk over 3 dager 2012	Type kontakt	Antall	% andel av total
Oslo sykehusområde OUS lokalsykehus	Innlagt sengepost	280	75.88%
	Poliklinisk kontakt	614	46.80%
	Prosedyre innlagt pasient avd	46	38.66%
	Tilsyn innlagt pasient	80	36.04%
	Telefon kontakt innlagt pas	64	62.14%
	Telefon kontakt ikke innlagt pasient	160	33.20%
	Annen type kontakt	99	34.74%
Oslo sykehusområde Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus	Innlagt sengepost	39	10.57%
	Poliklinisk kontakt	382	29.12%
	Prosedyre innlagt pasient avd	28	23.53%
	Tilsyn innlagt pasient	51	22.97%
	Telefon kontakt innlagt pas	20	19.42%
	Telefon kontakt ikke innlagt pasient	151	31.33%
	Annen type kontakt	91	31.93%
Akershus sykehusområde	Innlagt sengepost	9	2.44%
	Poliklinisk kontakt	153	11.66%
	Prosedyre innlagt pasient avd	15	12.61%
	Tilsyn innlagt pasient	21	9.46%
	Telefon kontakt innlagt pas	5	4.85%
	Telefon kontakt ikke innlagt pasient	49	10.17%
	Annen type kontakt	34	11.93%
Sykehusområde Vestfold og Telemark	Innlagt sengepost	1	0.27%
	Poliklinisk kontakt	19	1.45%
	Prosedyre innlagt pasient avd	4	3.36%
	Tilsyn innlagt pasient	9	4.05%
	Telefon kontakt innlagt pas	2	1.94%
	Telefon kontakt ikke innlagt pasient	12	2.49%
	Annen type kontakt	3	1.05%
Sykehusområde Innlandet	Innlagt sengepost	20	5.42%
	Poliklinisk kontakt	38	2.90%
	Prosedyre innlagt pasient avd	9	7.56%
	Tilsyn innlagt pasient	17	7.66%
	Telefon kontakt innlagt pas	5	4.85%
	Telefon kontakt ikke innlagt pasient	34	7.05%
	Annen type kontakt	12	4.21%
Sykehusområde Østfold	Innlagt sengepost	13	3.52%
	Poliklinisk kontakt	32	2.44%
	Prosedyre innlagt pasient avd	9	7.56%
	Tilsyn innlagt pasient	20	9.01%
	Telefon kontakt innlagt pas	2	1.94%
	Telefon kontakt ikke innlagt	29	6.02%

	pasient		
	Annen type kontakt	14	4.91%
Sørlandet sykehusområde	Innlagt sengepost	1	0.27%
	Poliklinisk kontakt	10	0.76%
	Prosedyre innlagt pasient avd	2	1.68%
	Tilsyn innlagt pasient	6	2.70%
	Telefon kontakt innlagt pas	2	1.94%
	Telefon kontakt ikke innlagt pasient	4	0.83%
	Annen type kontakt	1	0.35%
Vestre Viken sykehusområde	Innlagt sengepost	3	0.81%
	Poliklinisk kontakt	46	3.51%
	Prosedyre innlagt pasient avd	4	3.36%
	Tilsyn innlagt pasient	11	4.95%
	Telefon kontakt innlagt pas	3	2.91%
	Telefon kontakt ikke innlagt pasient	25	5.19%
	Annen type kontakt	25	8.77%
Ikke Helse Sørøst / Annet	Innlagt sengepost	3	0.81%
	Poliklinisk kontakt	18	1.37%
	Prosedyre innlagt pasient avd	2	1.68%
	Tilsyn innlagt pasient	7	3.15%
	Telefon kontakt innlagt pas	0	0.00%
	Telefon kontakt ikke innlagt pasient	18	3.73%
	Annen type kontakt	6	2.11%
SUM	Innlagt sengepost	369	100.00%
	Poliklinisk kontakt	1312	100.00%
	Prosedyre innlagt pasient avd	119	100.00%
	Tilsyn innlagt pasient	222	100.00%
	Telefon kontakt innlagt pas	103	100.00%
	Telefon kontakt ikke innlagt pasient	482	100.00%
	Annen type kontakt	285	100.00%
SUM ikke lokalsykehusfunksjon Medisinsk klinikk Oslo universitetssykehus HF	Innlagt sengepost	89	24.12%
	Poliklinisk kontakt	698	53.20%
	Prosedyre innlagt pasient avd	73	61.34%
	Tilsyn innlagt pasient	142	63.96%
	Telefon kontakt innlagt pas	39	37.86%
	Telefon kontakt ikke innlagt pasient	322	66.80%
	Annen type kontakt	186	65.26%

Tabell 5 Aktivitetskartlegging medisinsk klinikk sept. 2012.
Sykehus/områdetilhørighet og type kontakt ved medisinsk klinikk

7.4.2 Kartleggingsresultater døgnopphold

For 72 av 89 pasienter (81%) oppfattes årsaken til innleggelse i Oslo universitetssykehus HF å være manglende kompetanse eller beredskap (region/områdefunksjon) på eget lokalsykehus.

- Regionsfunksjon 56%
- Områdefunksjon 24%
- Fritt sykehusvalg 4%
- Second opinion 1%
- Ikke oppgitt 13%

Merk at det er et betydelig andel innlagte regionspasienter på tross av at fagområdene ikke er definerte som formelle regionsoppgaver i henhold til Helse Sør-Øst vedtak. Årsaken til disse innleggelsene er oppfattet å være på grunn av kompetansemangel i sykehusområdet.

- 142 av 222 tilsyn (64%) på innlagte pasienter gjelder pasienter som ikke har Oslo universitetssykehus HF som lokalsykehus. Knappt halvparten av disse tilsynene gjelder pasienter innlagt i annen klinikk enn Medisinsk klinikk.
- 65 av 102 prosedyrer, (64%) på innlagte pasienter gjelder pasienter som ikke har Oslo universitetssykehus HF som lokalsykehus (enkle prosedyrer er utelatt).
- 42 av 108 telefonkontakter om innlagt pasient (39%) er vedrørende pasienter som ikke har Oslo universitetssykehus HF som lokalsykehus. (Kun registrert telefonkontakter vedr pasienter utenfor egen sengepost)

7.4.3 Kartleggingsresultater polikliniske kontakter

698 av 1312 polikliniske konsultasjoner (53%) gjelder pasienter som ikke har Oslo universitetssykehus HF som lokalsykehus. Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Akershus universitetssykehus HF er lokalsykehus for henholdsvis 30%, 24% og 22% av disse 698 pasientene.

For 416 av disse 698 (60%) oppfattes årsaken å være manglende kompetanse på eget lokalsykehus. Fritt sykehusvalg er oppgitt i 147 tilfeller (21%). Årsak er ikke anført i 17% av de registrerte konsultasjonen

Medisinsk klinikk Aktivitetskartlegging 2012 Årsak til kontakt fra LDH/DH og andre sykehusområder		Fritt sykehusvalg			Årsak til kontakt eller innleggelse					
		Bevisst	Tilfeldig	Vet ikke / ikke besvart	Omr. mangler beredskap	Omr. mangler kompetan	Reg. mangler beredskap	Reg. mangler kompetan	Second opinion	Utredn ved annen avd.
Oslo sykehusområde Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus	Innleggelse				2	21		11		
	Poliklinisk kontakt	19	6	8	1	257	1	2		7
Akershus sykehusområde	Innleggelse							9		
	Poliklinisk kontakt	51	7	13				60	1	3
Sykehusområdet Vestfold og Telemark	Innleggelse		1							
	Poliklinisk kontakt	7		2				7	2	
Sykehusområdet Innlandet	Innleggelse		1					17	1	
	Poliklinisk kontakt	4	1					28		
Sykehusområdet Østfold	Innleggelse		1					12		
	Poliklinisk kontakt	3		1			1	26		
Sørlandet sykehusområde	Innleggelse									
	Poliklinisk kontakt	3		1				3	1	
Sykehusområdet Vestre Viken	Innleggelse		1					2		
	Poliklinisk kontakt	15	1	4				18		
Ikke Helse Sørøst / Utlandet / ukjent	Innleggelse		1					2		
	Poliklinisk kontakt			1		1		14		
SUM	Innleggelse		5		2	21		53	1	
	Poliklinisk kontakt	102	15	30	1	258	2	159	4	10

Tabell 6 Aktivitetskartlegging medisinsk klinikk sept. 2012.

Sykehus/områdetilhørighet og årsak til innleggelse el poliklinisk kontakt ved medisinsk klinikk

Av 482 telefonkontakter med eller vedrørende pasienter som ikke er innlagt i Oslo universitetssykehus HF har 322 (67%) ikke Oslo universitetssykehus HF som lokalsykehus.

Legene ble oppfordret til å registrere annen pasientrelatert aktivitet (vurdering av spesielle undersøkelser, kreftmeldinger, deltagelse i tverrfaglige møter, journalarbeid ifm med krevende henvisninger m.m.). Det ble gjort 285 slike registreringer hvorav 186 (65%) var vedrørende pasienter som ikke har Oslo universitetssykehus HF som lokalsykehus.

7.4.4 Sykehusopphold i medisinsk klinikk - hele 2012

Fra Oslo universitetssykehus HF's pasientadministrative systemer kan man hente aktivitetsdata for lengre perioder. Tabell 7 viser alle sykehusopphold ved medisinsk klinikk i 2012. Disse er delt inn etter hvilket sykehusområde pasienten tilhører. Tabellen bekrefter funnene av den lokale kartleggingen. Den viser at tallene over ett år faktisk er enda større. Nærmere 31% av innleggelsene og over 55% av de polikliniske konsultasjonene innlagt i medisinsk klinikk er områdepasienter utenfor sykehusets eget opptaksområde eller regionspasienter fra andre sykehusområder i Helse Sør-Øst.

Dataene gir ingen informasjon om årsak til innleggelse som for eksempel fritt sykehusvalg slik kartleggingen i klinikken gjorde.

Antall sykehusopphold medisinsk klinikk 2012 Fordelt på område og regionstilhørighet		Antall opphold	% andel av total antall opphold
Oslo sykehusområde lokalsykehus	Døgnopphold	10757	66.41%
	Dagopphold	10409	61.82%
	Polikliniske konsultasjoner	37627	43.87%
Oslo sykehusområde Lovisenberg og Diakonhjemmet	Døgnopphold	1796	11.09%
	Dagopphold	5183	30.78%
	Polikliniske konsultasjoner	19044	22.20%
Andre sykehusområder i Helse Sør-Øst	Døgnopphold	3186	19.67%
	Dagopphold	978	5.81%
	Polikliniske konsultasjoner	27827	32.44%
Andre helseregioner	Døgnopphold	275	1.70%
	Dagopphold	70	0.42%
	Polikliniske konsultasjoner	1056	1.23%
Ukjente / utlendinger	Døgnopphold	185	1.14%
	Dagopphold	198	1.18%
	Polikliniske konsultasjoner	216	0.25%
Sum alle opphold	Alle døgnopphold	16199	100%
	Alle dagopphold	16838	100%
	Alle polikliniske konsultasjoner	85770	100%
Sum alle opphold områdepasienter og regionspasienter	Alle døgnopphold	4982	30.75%
	Alle dagopphold	6161	36.59%
	Alle polikliniske konsultasjoner	46871	54.65%

Tabell 7 Alle sykehusopphold ved medisinsk klinikk i 2012. Delt inn etter pasientens sykehusområde. Kilde LIS 26.09.13

8.0 Diskusjon

8.1 Hovedfunn mobilitet og funksjonsfordeling

8.1.1 Regionalt og i Helse Sør-Øst

Dataene viser relativt liten mobilitet av pasienter mellom helseregionene. Denne situasjonen har holdt seg stabilt i hele tiåret etter at fritt sykehusvalg ble innført. Det er noe mobilitet fra samtlige regioner til Helse Sør-Øst. Dette skyldes trolig at flere landsfunksjoner er samlet her.

I Helse Sør-Øst har alle sykehusområdene en egendekning innenfor det laveste sjiktet av målsetningen om 80-90% jmf. styrevedtak 108/2008. Den høyeste egendekningen har Sørlandet sykehus HF med 94% i 2012.

Det er også lite mobilitet mellom sykehusområdene med unntak av til Oslo sykehusområde ved Oslo universitetssykehus HF.

10-11.6% av alle døgnopphold og 10-15% av alle polikliniske konsultasjoner for pasienter fra Østfold, Hedmark, Oppland, Buskerud og Vestfold skjer ved Oslo universitetssykehus HF.

Mobilitet til Oslo avtar med geografisk avstand. Sørlandet sykehusområde er det med lavest antall sykehusopphold ved Oslo universitetssykehus HF. Det er fremkommet at Sørlandet sykehus HF ikke har fulgt sentrale vedtak om funksjonsfordeling og har opprettholdt egne behandlingstilbud innen visse fagområder. Dog er dette volumet relativt beskjedent, og dermed trolig ikke den fulle forklaringen.

Beboerne i Akershus fylke utpeker seg med over 18% av sine døgn- og dagopphold og over 30% av sine polikliniske opphold ved Oslo universitetssykehus HF. Gruppen pasienter dette utgjør har vært stabilt siden før overføringen fra Aker til Akershus universitetssykehus HF og kan ikke tillegges manglende gjennomføring av denne.

Hovedstadsprosessens vedtak om funksjons og oppgavefordeling sier eksplisitt at endringer skal være basert på faglig kvalitetsvurdering, faglige avhengigheter og ressursvurderinger. Å operasjonalisere slike intensjoner i en omorganiseringssprosess forutsetter systemer og et kjent begrepsapparat som alle involverte er innforstått med. Det fremkommer i oppgaven at flere begrep (eksempelvis regionsfunksjoner, flerområdefunksjoner, spesialiserte flerområdefunksjoner, områdefunksjoner) er tatt i bruk uten at innholdet i disse er tydelig definert og forankret hos de som skal forvalte dem og hos helsearbeiderne selv. Tydelig avklarte begreper er viktig i alle ledd av pasientbehandlingen. Det er av betydning for korrekt rettighetsvurdering og kategorisering av henvisninger og for det økonomiske oppgjøret etter

behandlingen. Det er også av betydning for planlegging og organisering av fagområdenes utvikling.

Eksempel: Forskning og teknologiske nyvinning fører til at et fagmiljø på ett foretak oppretter et nytt diagnostisk tilbud innen bildediagnostikk. Tilbudet erstatter tidligere invasive metoder. Den nye metoden krever investering i utstyr og opplæring, men for en gruppe pasienter er kvalitativt sammenliknbar, i drift rimeligere og for pasienten en mer skånsom måte å utrede tilstanden på. Når tilbudet blir kjent, øker antall henvisninger fra andre sykehus. Når sykehuset ikke kan avvise disse fordi alle henvisninger skal håndteres i henhold til retten til fritt sykehusvalg, blir den store pågangen en praktisk og ressursmessig utfordring. Det kan oppstå lokale prioriteringsproblemer. Etter hvert som metoden blir et foretrukket valg, kan andre foretak velge å ikke gjøre samme investering. Hvorfor skulle de trenge det, når de får dekket sitt behov ved et annet sykehus. Innarbeidet over tid vil det for det utøvende sykehus / fagmiljø i praksis oppleves som en regionsfunksjon, selv om dette ikke er formelt definert av Helse Sør-Øst. Uten et slikt regionalt vedtak vil utredningen ikke kompenseres i abonnementsordningen, men av gjestepasientoppgjøret som gir lavere økonomisk uttelling.

Konsekvensene for sykehuset i dette eksempelet kalles vridningseffekter. Kan det være at noen områdesykehus velger å ikke bygge opp tilbud og ”utnytter” eller skummer fløten hos andre? Noen uttalelser kan tyde på det. Christian Grimsgaard, tillitsvalgt Dnlf, ved Oslo universitetssykehus HF uttalte 7.12.2012 følgende i Dagens Medisin:

“En sykehuslege fra et større sykehus henvendte seg med spm om vi kunne ta pasienten til vår smerteklinikk, jeg spurte om de ikke hadde egen, svaret var at det hadde de ikke "for det var ikke penger å tjene på det". Et av sikkert mange eksempler.” (48)

Aasmund Bredeli, hovedtillitsvalgt Dnlf, ved Oslo universitetssykehus HF uttalte på allmøte i medisinsk klinikk 22.10.2012:

“Et større sykehus i Helse Sør Øst har redusert sin skopiberedskap i helgene, fordi de vet at de kan sende øyeblikkelig hjelp med helikopter til Oslo universitetssykehus”.

Disse eksemplene kan neppe ansees som noe annet enn strategiske beslutninger hvor ulønnsomme pasienter og dyre vaktordninger selekteres bort. Beslutningene er effektuerte lokalt i et sykehusområde uten formelle vedtak i Helse Sør-Øst og uten at det er inngått samarbeidsavtaler med Oslo universitetssykehus HF om overføring av ressurser.

Administrerende direktør Bjørn Erikstein ved Oslo universitetssykehus HF har ved flere

anledninger omtalt sykehuset som et ”siste skanse sykehus”, et sykehus med bakvaktsfunksjon for hele landet. Uttalelsen forsterkes av at sykehuset opplever økt andel av ”andres” pasienter i høytider og i ferieperioder. Oppfatninger er at andre sykehus tillater seg å redusere tilbud, vaktordninger med mer, fordi det finnes et alternativt tilbud ved Oslo universitetssykehus HF. Slike vridningseffekter er vanskelig identifiserbare. Det anvendes i dag ingen metoder for å identifisere slike. Følgelig mangler det også viktig styringsdata for eierne som tildeler budsjettene.

Til sist er det avdekket mangel på definering av oppgaver og funksjoner innen mange fagområder. For eksempel er ingen av de indremedisinske fagområdene en gang nevnt i styrevedtak 108/2008 om oppgave- og funksjonsfordeling. Samarbeidsavtaler som kunne regulert dette mangler i stor grad mellom områdesykehusene.

8.1.2 Oslo sykehusområde, Oslo universitetssykehus HF og Medisinsk klinikk

Målsetningen for rolle og funksjonsfordeling mellom sykehusene i Oslo sykehusområde skulle i henhold til styrevedtak 108/2008 om Hovedstadsprosessen allerede implementeres 1.1.2011. Det har vist seg å ta lengre tid å få på plass disse og noen områder er enda ikke gjennomført. Den primære årsaken er at Oslo universitetssykehus så det nødvendig å fullføre overføringen til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken. Videre ble funksjonsfordeling og organisering internt mellom de ulike lokasjonene prioritert, før de tok tak i oppgavefordeling med de øvrige to sykehusene. Det ble også raskt klart at Oslo universitetssykehus trengte store investeringer for å kunne oppfylle målsetningen i vedtaket. For eksempel er samling av akutt kirurgi i sykehusområdet først planlagt når nytt akuttmottak står ferdig på Ullevål i 2014.

Mangel på kapasitet i akuttmottak og areal for øvrig var også medvirkende til at avtalen med Lovisenberg diakonale sykehus om forsørgeransvar for Sagene bydel ble forlenget med ytterligere to år. Den varer nå frem til mars 2015.

Ulike fellesløsninger mellom sykehusene har vært vurdert. De fleste virker mer motivert av kapasitetsutfordringer ved Oslo universitetssykehus HF enn som ledd i faglige vurderinger av volum og kvalitet.

Høsten 2013 ble det foreslått å flytte geriatrisk sengepost til Lovisenberg for en begrenset periode. Medisinsk klinikk hadde behov for å frigjøre areal som skulle virke som bufferareal under utbedring av bygg . Bakgrunnen var pålegg fra både arbeidstilsyn og DSB som ikke lenger kunne utsettes. Styret avviste saken og ba om utredning av andre alternativer.

I 2012 fikk medisinsk klinikk i oppdrag av sykehusledelsen å konsekvensutrede en mulig overføring av Bjerke bydel til Lovisenberg. Konklusjonen ble at de reduserte kostnadene ikke tilsvarte inntektstapet og at det for å oppnå økonomisk og driftsmessig effekt, heller bør vurderes en funksjonsfordeling mellom sykehusene innen utvalgte områder (49).

Tallene fra kartleggingen i medisinsk klinikk høsten 2012 bekreftes i LIS tabellen fra året som helhet. 11% av alle døgnopphold og over 30% av alle polikliniske kontakter er pasienter fra Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Kartleggingen tok også for seg årsakssammenhengen til at disse ikke ble behandlet ved eget sykehus. Særlig ble det undersøkt hvorvidt årsaken hadde sammenheng med fritt sykehusvalg, mangel på beredskap (typisk ved hendelser oppstått i helger og på kveld/natt) eller mangel på kompetanse. Funnene viser at et overveiende flertall skyldes oppfatning om mangel på kompetanse ved de to andre lokalsykehusene. Administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus HF, Bjørn Erikstein, har ved flere anledninger uttalt at 60% av spesialisthelsetjenestebehovene i Lovisenberg og Diakonhjemmet sektor dekkes av Oslo universitetssykehus HF. Da det i tillegg er vanskelig å vite hvilke pasienter som er henholdsvis lokalsykehuspasienter og områdepasienter, mener han all triagering burde skje ved Oslo universitetssykehus HF og at de ideelle sykehusene ble funksjonsfordelte sykehus med avtalebaserte ansvarsområder.

Tallene fra kartleggingen viser videre at tilsyn på andre klinikker i to av tre tilfeller involverer pasienter som ikke har Oslo universitetssykehus HF som lokalsykehus. Dette illustrerer at behandling av område- og regionspasienter i andre klinikker får konsekvenser for arbeidsbelastningen og ressursbruken i Medisinsk klinikk ettersom disse pasientene ofte har komplekse problemstillinger som krever indremedisinsk bidrag i diagnostikk og behandling.

Dette er viktig kunnskap som sier mye om gjensidig avhengighet mellom fagområdene også på tvers av tradisjonelle klinikkgrenser. Kunnskapen er viktig for å kunne gjøre gode risikovurderinger og følgekonskvenser for indremedisinske miljøer når kirurgiske fag omorganiseres og flyttes, slik som for eksempel når all akuttkirurgi i Oslo sykehusområde er planlagt flyttet til Oslo universitetssykehus HF, Ullevål i 2014.

8.2 Hovedfunn inntektsfordelingsmodellen

8.2.1 Sykehusområdene

De øvrige sykehusområdene betaler sin andel av virksomheten ved Oslo universitetssykehus HF gjennom abonnementsordningen. Det har vært diskusjoner og uenigheter rundt volumet av denne. Den ble beregnet i 2009 og igjen i 2012 ved revidering av modellen.

Utgangspunktet for abonnementsordningen er data fra sykehusområdene Innlandet, Østfold

og Telemark og Vestfold. Her er sykehusområdene som er over- og underrepresenterte i tallmaterialet holdt utenfor (Akershus og Sørlandet). Det er klart at modellen slik den er i dag faller uheldig ut for Sørlandet sykehus med sin høye egendekningsprosent. Samtidig fremkommer det at de selv behandler kreftpasienter som er vedtatt funksjonsfordelt til andre områder. Dette er aktivitet de alt betaler for i sin abonnementspris.

I denne første fem års perioden etter at modellen ble innført, har det til en viss grad vært noe funksjonsfordeling mellom områdene. Det er grunn til å tro at dette vil kunne utvikles ytterligere. På sikt må det derfor vurderes om det er hensiktsmessig med en ytterligere detaljert modell for å nå Helse Sør-Østs målsetning om *”en forutsigbar, transparent og rettferdig fordeling av inntekter”* (35)

8.2.2 Oslo sykehusområde

Hammerlund (2011) hevder at målsetningen om transparens ikke er nådd hva gjelder budsjettfordeling og bruk av inntektsmodellen i Oslo sykehusområde. Dette bekreftes ved at det i arbeidet med oppgaven har vist seg vanskelig å skaffe oversikt basert på offentlige tilgjengelige styringsdokumenter. Med utgangspunkt i mine funn og uttalelser sitert i Hammerlunds oppgave, oppfattes følgende: Inntektsfordelingsmodellen ligger til grunn for den samlede rammen til Oslo sykehusområde. Denne fordeles av Helse Sør-Øst mellom sykehusene basert på historiske data. Budsjettet til det enkelte sykehus tildeles samlet for drift og investering og DRG tall og polikliniske refusjoner brukes for å angi aktivitetsmålene innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling. På bakgrunn av dette, kan det synes som om det foreligger manglende finansiering av aktivitet fra Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus ved Oslo universitetssykehus HF.

Fra mange år tilbake har Oslo universitetssykehus HF vært beredskapssykehus for de to andre sykehusene utenom dagtid mandag til fredag. Ved bruk av historiske data i budsjettildelingen både på sykehus- og på klinikknivå vil det derfor til en viss grad være kompensert for dette, men ikke fullt ut. Dataene vil være vanskelige å etterprøve og vil med oppgave og funksjonsfordeling miste sin relevans. Hver endring i funksjon vil forutsette endring i kompensasjon (39).

8.3 Refleksjoner knyttet til endret styringslogikk

8.3.1 Mål- og resultatstyring

Summen av de markedsrettede og økonomiske virkemidlene Stortinget har vedtatt har ført til forskyvning fra en faglig og verdibasert styringslogikk til en mål og resultatstyringslogikk i spesialisthelsetjenesten.

Mål- og resultatstyring eller New Public Management innflytelse over offentlig sektor har mange kritikere. I NOU 2003:6 “Hva koster det? Bedre budsjettering og regnskapsføring i staten” (2) refereres to statsvitere og forskere, Tom Christensen og Per Lægereid om Mål- og resultatstyring slik:

“.... De peker blant annet på at mål- og resultatstyring har blitt et stort, komplisert og dels «byråkratisk» system, og at det har vist seg vanskeligere å leve opp til de «innholdsmessige og substansielle krav» enn de «prosessuelle og prosedyremessige». Videre sier de: «Den rapporteringen som foregår er heller ikke særlig godt i samsvar med intensjonen med MRS. Det er mer aktivitetsmåling enn resultatmåling i samfunnsmessig forstand og mer adferdskontroll enn resultatkontroll. Særlig problematisk er oppfølgingen. Det er få eksempler på at manglende resultatoppnåelse fører til reduserte budsjetter eller at gode resultater resulterer i økte bevilgninger. Dette må ses i lys av at resultatmålingen ofte er usikker, blant annet fordi det er vanskelig å isolere effektene av de ulike reformtiltakene, at systemet oppmuntrer til overrapportering av suksess og underrapportering av fiasko, at det er vanskeligere å bruke resultatinformasjon til ressursfordeling mellom områder og sektorer enn internt i en virksomhet, og at det i praksis er vanskelig å få til en god kobling mellom resultat og kostnad eller ressursforbruk.” (s. 44)

Sykehusene er omgjort til helseforetak og regnskapsprinsippene som følger av regnskapsloven er innført. Følgelig blir ventelister omtalt som ordreserver og basisrammen tildeles samlet for drift og investering, noe som kan gi spenninger mellom ulike prioriteringsområder. Økonomiske begreper er blitt hverdagslige i sykehusene og skal man nå frem med sitt budskap, må ledende helsepersonell beherske terminologien. I motsetning til for bare 10-15 år siden omtaler fagpersoner i dag innkjøp av nytt medisinsk teknisk utstyr som en god eller dårlig ”businesscase” mer enn at utstyret er av betydning for å kunne gi god og nødvendig behandling til syke mennesker.

Spørsmålet er hva sykehusene har tapt på veien til økonomisk kontroll. Hvilken betydning har dette paradigmeskiftet for sykehusene på organisasjonsnivå og for den enkelte helsearbeider?

8.3.2 Å bære organisasjonens grenser i egen kropp

Flere undersøkelser viser at ledere og ansatte opplever å være i skvis mellom organisasjonens resultatbaserte mål og krav til økt effektivitet, og deres egen faglige og moralske integritet (50). Utfordringen oppstår i spenningsfeltet mellom hensynet til den enkelte og hensynet til de mange.

Halvard Vike beskriver i sin studie i forbindelse med makt og demokratiutredningen (2002), hvor ulikt man forholder seg til dette, avhengig av avstand til dilemmaet:

”Statlige myndigheter – det vil si storting, regjering og sentraladministrasjon håndterer motsetningen mellom ambisjonsnivået og velferdsstatens reelle kapasitet på relativ stor avstand. Denne motsetningen fremstår på dette nivået som en kombinasjon av gode hensikter – velferdslovgivning – på den ene siden og håndtering av kapasitetsproblemer som et økonomisk og administrativt problem på den andre.”
(51)

Han beskriver videre at ansatte med nærhet til tjenestemottagerne opplever følelsen av utilstrekkelighet som *”en personlig belastning”* og som en *”internalisering av et organisatorisk problem”*. Han beskriver dette som at ansatte *”bærer organisasjonens grenser i kroppen”* og hvordan det fører til et identitets og lojalitetsproblem (51). Dette er gode betraktninger om dette fenomenet. De er også tilsynelatende dekkende beskrivelse av de spørsmål ansatte i medisinsk klinikk hadde og som medvirket til kartleggingsarbeidet høsten 2012.

Med jevne mellomrom er det medieoppslag og opprop fra helsearbeidere som er sterkt uenige i utviklingen. Helse og sykehus var et av de mest sentrale temaene i årets stortingsvalg. Det er stort engasjement i hvordan tjenestene kan organiseres og finansieres og debatten er preget av ideologiske uenigheter.

8.3.3 Fritt sykehusvalg

Ordningen har vært allment kjent gjennom mediadekning og politiske utspill i over ti år. Alikevel har det vært mindre kjent når rettigheten inntreffer for den enkelte og usikkerhet til

hvordan den tas i bruk, særlig for sosio- og økonomiske svake grupper i befolkningen, fremmedspråklige og eldre. Noen vil vegre seg for å bruke ordningen i frykt for å opptre illojalt ovenfor lokalsykehuset sitt. Noen vil foretrekke å vente litt lenger for å komme et sted man opplever trygt og har etablerte relasjoner til helsearbeidere og fagmiljøer, samt nærhet til familie og støttepersoner. Geografisk nærhet til bosted og behandlende sykehus har vist seg avgjørende for valg av behandlingssted. Riksrevisjonen finner at kun 4% av de som benyttet retten til fritt sykehusvalg, valgte behandling i en annen helseregion. At det er liten mobilitet mellom helseregionene bekreftes av NPR dataene i oppgaven.

For det antall pasienter som tar rettigheten i bruk, er ventetiden kortere. Riksrevisjonen sammenliknet ventetider mellom brukerne av ordningen fritt sykehusvalg og pasienter som mottok lik behandling ved sykehuset, herunder også rettighetspasienter. Denne viste ingen ulikheter i ventetid. Rapporten konkluderer dermed at ordningen ikke fortrenger tilsvarende pasienter ved det aktuelle sykehuset, at den bidrar til å utjevne ventetider og utnytte ledig kapasitet. De undersøkte sykehusene er Sykehuset Vestfold HF, Nordlandssykehuset HF og Sykehuset Innlandet HF.

Hvorvidt samme konklusjon kan trekkes dersom et av de undersøkte sykehusene hadde vært Oslo universitetssykehus HF er usikkert. På grunn av sin flerdelte rolle som region / område og lokalsykehus er pasientstrømmen hit større enn hos de øvrige helseforetakene. Dette får ringvirkninger også for de funksjoner og fagområder som primært er dimensjonert til lokalsykehusrollen. Oppgaven viser at sykehuset nærmest har en magneteffekt som i større grad enn de øvrige områdesykehusene tiltrekker seg aktivitet. Det er i Riksrevisjonens rapport ikke innhentet data på sykehusenes behandlingsskapasitet. Det presenteres ingen sammenlikning av volumet på behandlede etter fritt sykehusvalg prinsippet og de øvrige pasientene. Det er heller ikke tatt stilling til eventuelle økonomiske konsekvenser for sykehusene. Teoretisk sett vil flere pasienter føre til økt trykk og at kapasiteten må bygges ut eller at andre pasientgrupper nedprioriteres.

I det innsamlede datamaterialet fra medisinsk klinikk fremkommer det at en av fire innleggelser og over halvparten av tilsyn og polikliniske konsultasjoner gjaldt pasienter som ikke hadde Oslo universitetssykehus HF som lokalsykehus. Den dominerende årsak til dette ble oppfattet av de som registrerte dataene til å være kompetanse og/eller beredskapsmangler på lokalsykehuset. Fritt sykehusvalg var kun oppgitt som årsak til 4% av innleggelsene, men faktisk 21% av de polikliniske konsultasjonene.

Ut fra både aktivitetskartleggingen i medisinsk klinikk og riksrevisjonens rapport, fremgår det altså at ordningen fritt sykehusvalg har begrenset betydning for pasientmobilitet pr i dag.

8.4 Refleksjoner rundt veien videre

8.4.1 Funksjons og oppgave fordeling

Oslo sykehusområde har ikke en samlet ledelse, ergo inget fora for å fatte formelle beslutninger om felles strategisk retning. Forslag fra samarbeidsgrupper må presenteres og forankres ved hvert sykehus. Uten felles ledelse vil det oppstå interessekonflikter. De økonomiske forholdene beskrevet i oppgaven som følger av dette, må adresseres og i større grad samsvare med de faktiske forhold. Særlig er dette viktig for videre oppgave- og funksjonsfordeling.

Det kan synes som om at Oslo universitetssykehus HF ønsker å tydeliggjøre sin rolle og ansvarsområder. Parallelt med arbeidsgrupper som ser på muligheter innad i Oslo sykehusområde er det utarbeidet en intensjonsavtale om samarbeid med helseforetaket Innlandet. Oslo universitetssykehus er også i dialog med flere andre sykehus om utvikling av et tettere samarbeid og avtaler om oppgavedeling (32).

8.4.2 Inntektsmodellen

I dag mener særlig Oslo universitetssykehus HF seg underfinansiert da modellen ikke tar hensyn til medisinske og teknologiske nyvinninger som er særskilt kostbare og at det er en høyere representasjon av sjeldne og kompliserte sykdomstilfeller innen en rekke fagområder som ikke kompenseres ved DRG systemet.

Av sluttrapporten om inntektsmodell fremlagt for styret i Helse Sør-Øst fremgår det uenigheter om både volum og pris på abonnementet for spesialiserte tjenester. Delprosjektgruppen som jobbet med abonnementsordningen påpekte behovet for ”*en omforent registrering av pasienter og kostnader knyttet til spesialiserte tjenester*” (37). En KKP (kostnad per pasient) løsning er foreslått. Dette er et stort og omfattende arbeid. Innen de ulike fagområdene må det foreligge tydelige kriterier og omforente definisjoner på hvordan dette skal forstås og etterleves. Det vil kunne innebære økt risiko for selektiv koding for å få god økonomisk uttelling. Det vil videre forutsette registrering av mange parametere i de pasientadministrative systemene. Det må brukes tid og ressurser for å sikre at disse er av

god kvalitet. Helsepersonell uttrykker allerede at mye tid som kunne vært brukt hos pasienter går med til rapportering.

8.4.3 Kvalitetsbasert finansiering

Storbritannia og USA er kommet et stykke på vei med kvalitetsbasert finansiering, også kalt P4P (pay for performance). Tanken er å knytte finansieringen til gitte definerte målkrav, fordelt etter resultatindikatorer, prosessindikatorer og pasienterfaringer. Eksempler på målkrav er 5 års overlevelse etter lungekreft pr helseregion, 30 dagers overlevelse etter innleggelse ved hjerteinfarkt, epikrisetid, korridorpasienter, fristbrudd og resultater fra brukerundersøkelser. Erfaringene så langt er noe blandet og kritikken går ut på at systemet genererer stor rapporteringsmengde og at mangler i pasientadministrative systemer ikke er tilrettelagt for lagring av nødvendige måleindikatorer. Videre er det fare for at høyrisikopasienter velges bort, da de bidrar til økt sannsynlighet for å ikke nå de satte målene. Det er planlagt forsøk på ordningen i Norge.

8.4.4 Oslo universitetssykehus HF

Det kan synes som om at administrerende direktør ved sykehuset ønsker tydeliggjøring av oppgave- og funksjonsfordeling innad i eget sykehusområde og opp mot andre sykehusområder.

Som et ledd i dette ønsker Oslo universitetssykehus HF en arbeidsdeling hvor fastleger og avtalespesialister i Oslo i større grad tar forundersøkelser og oppfølging av enkelte pasientgrupper. Dette vil i følge årlig melding 2012 bli økt fokus på dette fremover (32). I prinsippet handler dette om selektering av pasientmassene hvor noen "selges ut". Dette vil være i tråd med den politiske målsetningen til den nye Høyre- Fremskrittsparti regjeringen om å benytte ledig kapasitet også i privat sektor. Akershus sykehusområde gjør i dag dette i større grad enn de øvrige sykehusområdene.

For fagmiljøer og avdelinger med kapasitetsutfordringer vil det kunne være hensiktsmessig å jobbe for å øke kompetansen i 1. linjen og på den måten påvirke henvisningspraksis.

Forskning viser at det er mulig å oppnå endret adferd hos fastleger ved å utvikle gode informasjons og samhandlingskanaler via praksiskonsulentene eller andre etablerte ordninger (19). Kvaliteten på henvisningene økes og man reduserer antall feilhenvvisninger.

En annen måte å selektere på er å redusere tilbud. I forbindelse med budsjettseminar i medisinsk klinikk høsten 2013 fikk administrerende direktør spørsmål om hvordan man kunne forholde seg til kapasitetsproblemer. Uten å ta stilling til de konkrete indremedisinske

fagområdene, valgte han å vise til et eksempel fra en annen klinikk. Øre-nese-hals avdelingen gjennomgikk sin aktivitet og valgte å legge ned tilbud om tonsillektomi.

Slike beslutninger kan i helseforetaksmodellen fattes lokalt. Ved å legge ned et tilbud skyves disse pasientene over til andre som har tilbud om denne behandlingen. Det vil kunne oppstå en noe søkt, men teoretisk problemstilling dersom flere foretak uavhengig av hverandre gjorde det samme. Den totale behandlingskapasiteten i regionen kunne blitt underdimensjonert. Oppgaven viser at Helse Sør-Øst ikke har systemer for å avdekke slike vridningseffekter.

9.0 Oppsummering

Formålet med oppgaven har vært å undersøke pasientstrømmene i Helse Sør-Øst og hvordan disse arter seg i forhold til Hovedstadsprosessens målsetning om egendekning i sykehusområdene. Særlig fokus har vært på Oslo universitetssykehus HF og Medisinsk klinikk. Data er samlet inn fra Helsedirektoratets aktivitetsgenerator, ledelsesinformasjonssystemer ved Oslo universitetssykehus HF og en aktivitetsregistrering gjort i Medisinsk klinikk høsten 2012. I tillegg er ulike offentlige styringsdokumenter gjennomgått.

Funnene viser at det er beskjedne mobilitet mellom helseregionene. Det er også begrenset mobilitet mellom sykehusområdene i Helse Sør-Øst med unntak av til Oslo sykehusområde ved Oslo universitetssykehus HF. Sykehusområdenes egendekning er med unntak av Sørlandet sykehusområde i det laveste sjiktet av målsetningen om 80-90%. Blant pasienter behandlet ved Oslo universitetssykehus HF dominerer pasienter fra Akershus, deretter pasienter fra Østfold, Hedmark, Oppland, Buskerud og Vestfold. Mobilitet til Oslo avtar med geografisk avstand. Den lokale kartleggingen i Medisinsk klinikk viser at en betydelig andel pasienter behandlet i Medisinsk klinikk ikke har Oslo universitetssykehus HF som lokalsykehus. Mangel på kompetanse ved de øvrige sykehusene ble oppfattet som hovedårsak til mobilitet. Oppgaven viser at det mangler systematiske styringsdata på årsaksforhold til pasientmobilitet.

Funnene er vurdert i forhold til inntektsfordelingsmodellen og utfordringer knyttet til funksjons- og oppgavefordeling i regionen og innad i Oslo sykehusområde. Oppgaven viser at det er lite transparens i grunnlaget for tildeling av budsjetter mellom sykehusene innad i Oslo sykehusområde. Oppgave og funksjonsfordelingsarbeidet innad i Oslo sykehusområde er forsinket i forhold til målsetningen fra Helse Sør-Øst, men er nå forsiktig i gang. Arbeidet virker å være motivert i kapasitetsutfordringer ved Oslo universitetssykehus HF og i en strategisk plan om utvikling av sykehuset som et høyspesialisert akuttsykehus.

Til sist er funnene drøftet i konteksten av politisk utvikling og innføringen av økonomiske virkemidler for spesialisthelsetjenesten.

10.0 Litteraturliste

1. Helse Sør-Øst RHF. SAK NR 108-2008 Saksfremlegg -Omstillingsprogrammet. Innsatsområde 1 Hovedstadsprosessen. Hamar, 2008.
2. Finansdepartementet. NOU 2003: 6 Hva koster det? Bedre budsjettering og regnskapsføring i staten. In: Finansdepartementet, editor. Oslo, 2003.
3. Finansdepartementet. St.meld. nr. 1 (2003-2004). In: Finansdepartementet, editor. Oslo 2003
4. Administrasjons- og fornyingsdepartementet. St.m.nr.19 2008-2009 Ei forvaltning for demokrati og fellesskap. In: Det Kongelige Administrasjons- og fornyingsdepartement, editor. Oslo 2009.
5. Stortingets kontroll og konstitusjonskomite. Åpen høring i kontroll- og konstitusjonskomiteen onsdag den 19.desember 2012.
6. Stortingets kontroll og konstitusjonskomite. Åpen høring i kontroll og konstitusjonskomiteen fredag den 2. mars 2012.
7. Stortingets kontroll og konstitusjonskomite. Innst. 143 S (2009-2010). 2010.
8. Rattsø Jørn SR. Statlige selskaper med sektorpolitiske mål - en evaluering av statlig styring. Oslo: BI; 2011.
9. Directive 2011:24:EU OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 9 March 2011 on the application of patients's rights in cross-border healthcare. 2011.
10. Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet 2013 7. oktober; Sundvollen.
11. Hoff KG. Bedriftens økonomi: Universitetsforlaget; 2005.
12. Andersen C., Kjerstad E., Kristiansen F., Straume OR., Sunnevåg K. SNF-rapport nr. 25/06 Konkurransen i spesialisthelsetjenesten? Program for helseøkonomi i Bergen, 2006.
13. Pasientrettighetsloven Kap 3. Rett til medvirkning og informasjon
Available from: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html>.
14. Huseby Beathe M. m.fl. Samdata-spesialisthelsetjenesten-2011. 2012.
15. Helse- og omsorgsdepartementet. Pressemelding Nr.6. In: omsorgsdepartementet 2007.
16. Helse Sør-Øst RHF. Fakta om Helse Sør-Øst: Helse Sør-Øst; 2010
Available from: <http://www.helse-sorost.no/omoss/omhelseforetaket/Sider/helse-sor-ost-rhf---det-regionale-helseforetaket.aspx>.

17. Helse Sør-Øst RHF. SAK 068-2007 Saksfremlegg - Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst. Hamar, 2007.
18. Ot.prp. nr 63 (2002-2003). Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) mm. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo2002.
19. Ringard A. Choice of hospital. Four essays on the 2001 Norwegian Patient Choice Reform Oslo: University of Oslo; 2012.
20. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av ordningen med rett til fritt sykehusvalg Dokument 3-3(2011.2012). Bergen, 2011.
21. Ringard A, Hagen TP. Are waiting times for hospital admissions affected by patients' choices and mobility? BMC health services research. 2011;11:170. PubMed PMID: 21762518. Pubmed Central PMCID: 3160356.
22. Helse og sosialombudet. Årsmelding 2011. 2012.
23. Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Rapport 4/2012 Revisjon intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i Oslo universitetssykehus HF. 2012.
24. Helse Sør-Øst RHF. SAK 024-2012 Saksframlegg - Oppdatering og videreutvikling av inntektsmodellen for Helse Sør-Øst. Hamar 2012.
25. Helse Sør-Øst RHF. 046-2012 Saksframlegg - Handlingsplan for funksjonsfordeling av kreftbehandlingen. 2012. Hamar 2012
26. Helse Sør-Øst RHF. Skriv nr 3-2013 Budsjett 2014 ØLP 2014-17 SM_04_19042013_038-2013 Vedlegg 11. 2013. Hamar 2013
27. Mikkelsen B., Trommald Mari. Mandat for videre arbeid med regional strategi innenfor de enkelte sykehusområder 24.4.2008.
28. Mikkelsen B. Oppdragsbrev Oppgave- og funksjonsfordeling i sykehusområde Oslo. 2009.
29. Oslo universitetssykehus HF. Styresak 2010-029-00 Samordning med private sykehus i Oslo sykehusområde. Oslo 2010
30. Oslo universitetssykehus HF. Styresak 030-2012 Områdeplaner Oslo sykehusområde. Oslo 2012.
31. Oslo universitetssykehus HF. Styresak 004-2012 Vedlegg nr 1 Årlig melding 2011_20120209. Oslo 2012.
32. Oslo universitetssykehus HF. Styresak 2013-05-01 Utkast Årlig melding OUS 2012_20130214. Oslo 2013.
33. Mikkelsen B. Bestillerbrev til Oslo sykehusområde om behandlingstilbud til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet. 2012.

34. Helse Sør-Øst RHF. SAK 041-2009 - Saksfremlegg - Inntektsmodell for Helse Sør-Øst. Hamar 2009.
35. Helse Sør-Øst RHF. SAK 022-2011 Saksframlegg-Inntektsmodell for Helse Sør-Øst. Hamar 2011.
36. Helse Sør- Øst RHF. Styresak 063-2012 Vedlegg - 024-2012 Inntektsmodellprosjekt 2012 Vedlegg 2. Hamar 2012.
37. Helse Sør-Øst RHF. Styresak 063-2012 Vedlegg - 024-2012 Inntektsmodellprosjekt 2012 Vedlegg 2. Hamar 2012
38. Helse Sør- Øst RHF. 081-2010 Saksframlegg - Godkjenning av protokoll 4. november 2010. 2010. Hamar 2010
39. Hammerlund KP. Inntektsfordelingsmodell for somatiske helsetjenester for Helse Sør-Øst RHF. Lik modell for de private, ideelle sykehus i Oslo sykehusområde?
Insitamentmekanismer i finansieringssystemer. Oslo: Universitetet i Oslo; 2011.
40. Helse Sør- Øst RHF. Oppdrag og bestilling 2013 - Oslo universitetssykehus HF. 2013.
41. Helse Sør- Øst RHF. Oppdrag og bestilling 2013 for private - Diakonhjemmet Sykehus. 2013.
42. Helse Sør- Øst RHF. Oppdrag og bestilling 2013 for private - Lovisenberg Diakonale Sykehus. 2013.
43. Oslo universitetssykehus HF. Kommentarerer til økonomisk langtidsplan 2014-2017 (2030) for Oslo universitetssykehus HF. Oslo 2013.
44. Oslo universitetssykehus HF. Styresak 2012-086-01 Budsjett for Oslo universitetssykehus HF 2013 - Forutsetninger og detaljer. Oslo 2012.
45. Helsedirektoratet. Aktivitetsdata presentert i rapportgenerator
Available from: <http://cognos.shdir.no/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe?DC=Q&E=/Aktivitetsdata fra og med 2010&LA=en&LO=nb-NO&BACK=/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe?toc%3D%26LA%3Den%26LO%3Dnb-NO>.
46. Bratland Silje Stølen EBA. Har brutt kreftvedtak: Agderposten; 2013
Available from: <http://touch.agderposten.no/nyheter/har-brutt-kreftvedtak-1.7816254>.
47. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2011. Dokument 3:2 (2012–2013). 2012.
48. Dagens Medisin 07.12.2012.
49. Oslo universitetssykehus HF. Styresak 2012-086-02 Klinikkenes leveranser. 2012.
50. Vetlesen AJ. Empati under press. Sykepleien. 2010;3(98):60-3.
51. Vike H, et al. Maktens samvittighet, om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2002.

